

Le PROBLÈME de l'HYSTÉRIE  
dans le PASSÉ  
et en face des  
ÉTATS STRIÉS POST ENCÉPHALITQUES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 2 Juillet 1931*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre IMBERT**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

*Chef de Laboratoire de Thérapeutique à la Faculté*

Né le 21 Novembre 1902 à CHAMPAGNE-au-Mt-D'OR (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1931



Le PROBLÈME de l'HYSTÉRIE dans le PASSÉ et en face  
des ÉTATS STRIÉS POST ENCÉPHALITIQUES



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1930-1931 No 174

---

Le PROBLÈME de l'HYSTÉRIE  
dans le PASSÉ  
et en face des  
ÉTATS STRIÉS POST ENCÉPHALITIQUES

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

*et soutenue publiquement le 2 Juillet 1931*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Pierre IMBERT**

*Interne des Hôpitaux de Lyon*

*Chef de Laboratoire de Thérapeutique à la Faculté*

Né le 21 Novembre 1902 à CHAMPAGNE-au-Mt-D'OR (Rhône)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

---

1931

# PERSONNEL DE LA FACULTE

|                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| Doyen honoraire ..... | M. L. HUGOUNENQ |
| Doyen .....           | M. J. LEPINE    |
| Assesseur .....       | M. ROLLET       |

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL

## PROFESSEURS

|                                                           |                |
|-----------------------------------------------------------|----------------|
| Cliniques médicales .....                                 | MM PIC         |
| Cliniques chirurgicales .....                             | PAVIOT         |
| Clinique obstétricale et Accouchements .....              | TIXIER         |
| Clinique ophtalmologique .....                            | BERARD         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....     | VORON          |
| Clinique neurologique et psychiatrique .....              | ROLLET         |
| Clinique des maladies des enfants .....                   | NICOLAS        |
| Clinique des maladies des femmes .....                    | LEPINE (J.)    |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie .....                   | MOURIQUAND     |
| Clinique des maladies des voies urinaires .....           | VILLARD        |
| Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie .....      | COLLET         |
| Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie .....   | GAYET          |
| Chimie biologique et médicale .....                       | NOVE-JOSSERAND |
| Chimie organique et Toxicologie .....                     | CLUZET         |
| Matière médicale et Botanique .....                       | FLORENCE       |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale .....        | MOREL          |
| Anatomie .....                                            | X.             |
| Histologie .....                                          | GUIART.        |
| Physiologie .....                                         | LATARJET       |
| Pathologie externe .....                                  | POLICARD       |
| Pathologie interne .....                                  | DOYON          |
| Pathologie et Thérapeutique générales .....               | VALLAS         |
| Anatomie pathologique .....                               | FROMENT        |
| Chirurgie opératoire .....                                | CADE           |
| Médecine expérimentale et comparée et bactériologie ..... | FAVRE          |
| Médecine légale .....                                     | PATEL          |
| Hygiène .....                                             | ARLOING (F.)   |
| Thérapeutique .....                                       | Etienne MARTIN |
| Pharmacie et Pharmacologie .....                          | COURMONT (P)   |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....            | SAVY           |
|                                                           | LEULIER        |
|                                                           | PIERY          |

## PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie ..... CONDAMIN

## CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

|                                                      |                                     |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Anatomie topographique .....                         | MM. THEVENOT (1 <sup>er</sup> léon) |
| Puériculture et hygiène de la première enfance ..... | RHENTER                             |
| Chirurgie expérimentale .....                        | TAVERNIER                           |
| Applications du radium .....                         | NOGIER                              |
| Stomatologie .....                                   | TELLIER                             |

## AGREGES

|                 |                  |                 |             |
|-----------------|------------------|-----------------|-------------|
| MM.             | MM.              | MM.             | MM.         |
| NOGIER          | CHALIER (Joseph) | MARTIN (Joseph) | CHAMBRON    |
| ROCHAIX         | NOEL             | ROCHET (Ph.)    | CIBERT      |
| RHENTER         | DUMAS            | WERTHEIMER      | EPARVIER    |
| MAZEL           | DUFOUT           | GATE            | GUILLEMINET |
| SANTY           | DEVIC            | BERNHEIM        | MORENAS     |
| CHALIER (André) | GABRIELLE        | DECHAUME        | ROCHE.      |
|                 | MANCEAU          | POLLOSSON       | REBATTU ch. |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. PIC, président ; Jean LÉPINE, assesseur ;  
SAVY et FROMENT, professeurs.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



## A MA MÈRE

Je dédie ce travail, bien faible  
témoignage de mon amour.

## A MON PÈRE

*Chef de travaux à la Faculté*

Ce fut notre premier Maître, et  
c'est à son exemple quotidien que  
nous devons le meilleur de notre  
formation médicale.

## A TOUS LES MIENS

## A MES AMIS

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC

Dès le début de nos études, nous avons eu l'honneur de l'approcher dans le Laboratoire de Thérapeutique. Récemment nous étions son interne à l'Hôtel-Dieu ; c'est là surtout que nous avons pu apprécier sa délicatesse et sa grande bonté. Il a toujours fait preuve à notre égard d'une indulgence toute paternelle. En acceptant de présider aujourd'hui notre Jury de Thèse, il nous donne une nouvelle preuve de sa bienveillance. Pour toutes les marques de sympathie maintes fois données à nous et à notre famille, qu'il trouve ici l'hommage de notre reconnaissance et de notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN LEPINE

*Doyen de la Faculté*

Nous nous rappellerons toujours avec reconnaissance l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner alors que modeste suppléant, nous avions l'honneur d'être son interne à la Clinique neuro-psychiatrique de l'Hôtel-Dieu. Depuis, sa bienveillance a été pour nous le meilleur des encouragements. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respect et de notre dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY

Pour ce Maître, d'avance nous nous excusons de la pauvreté de notre langage. Nous voudrions pouvoir traduire nos sentiments à l'époque déjà lointaine où il nous apparut entouré d'une foule de stagiaires, d'assistants et de praticiens auxquels il prodiguait son enseignement clair, facile à suivre, tout imprégné de culture classique et agrémenté d'un aimable scepticisme. Nous avons l'honneur d'être son préparateur à la Faculté, et il y a six mois nous étions son interne. Nous sommes heureux de lui dire ici toute notre reconnaissance et toute notre affection,

## A MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Si l'on trouve quelque mérite à ce travail, que l'honneur lui en revienne. Si nous n'avons pas atteint le but qu'il nous a proposé, que l'on accuse notre insuffisance. Pendant le semestre vécu à ses côtés, nous avons eu l'honneur d'assister à ses patientes recherches, et même de le voir éclaircir sous nos yeux quelques points de cette pathologie striée à laquelle il s'est désormais consacré. Ce Maître symbolise pour nous la très rare association d'une pensée toute imprégnée d'idéal et de poésie, avec l'observation scientifique la plus froide et la plus minutieuse. Pour nous aider dans l'élaboration de cette thèse, il ne nous a pas ménagé un temps précieux ; nous l'en remercions ici bien vivement et l'assurons de notre reconnaissance.

## A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Deux mois seulement passés dans son service nous autorisent à dire que ce dernier semestre sera parmi les plus fructueux de notre internat.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

*Externat*

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET  
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET  
MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS  
MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER  
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES  
MONSIEUR LE DOCTEUR GALLAVARDIN

*Internat provisoire*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GARIN  
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPINE

*Internat*

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERARD  
MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN  
MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET  
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. CHALIER  
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIC  
MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT  
MONSIEUR LE PROFESSEUR SAVY  
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT



## PREMIÈRE PARTIE

---

### L'Hystérie dans le passé

---



## L'hystérie

### De ses origines à Charcot

---

Notre but n'est pas de retracer l'histoire complète de l'hystérie au cours des âges, cela a été fait maintes fois dans les différents traités de médecine et l'on consultera avec profit la thèse de CESBRON, remarquable d'érudition et d'esprit critique. Il y a là cependant du point de vue psychologique et médical une source inépuisable de documents, où il est curieux de voir comment la médecine fut longue à se débarrasser des mythes fabuleux de l'antiquité et des superstitions médiévales. C'est pourquoi nous allons brièvement esquisser cette période, très pauvre du point de vue scientifique mais pleine d'enseignements quant à l'évolution de notre névrose. L'étude de cette médecine primitive sans arrêt aux confins du merveilleux et de la légende nous fait mieux comprendre les difficultés qu'éprouvèrent les neurologistes modernes à voir clair dans une affection qui prend naissance aux sources mêmes de l'humanité.

Aussi loin qu'on remonte en effet dans l'histoire des hommes, on retrouve l'hystérie déjà mentionnée avec des caractères cliniques, et surtout thérapeuti-

ques bien peu différents de ceux codifiés à la Salpêtrière.

On apprend qu'aux temps fabuleux, les filles de Prætus, roi d'Argos, présentèrent des phénomènes de lycanthropie: se croyant transformées en vache, elles passaient leurs journées dans les prairies en poussant des meuglements. MÉLAMPE, fils du roi de Pylos, les guérit définitivement en les faisant poursuivre pendant dix lieues par de robustes garçons armés de gourdins (métamorphoses d'OVIDE).

Plus tard, les femmes hystériques se disent inspirées par Apollon, ce sont les Sybilles qui rendent leurs oracles en pleine crise hystérique. Henri MEIGE, sur des textes classiques, a établi une reconstitution pittoresque de ces sortes de consultations: « Comme une automate, la pythie se dirige vers le trépied fatidique, s'y asseoit les jambes écartées, un frisson la saisit, un souffle la pénètre par ses plus secrètes parties (AURA), elle pousse un long cri suivi de soupirs, de sanglots, de murmures, puis, oppressée, haletante, la pythie pousse encore de temps à autre de longs hurlements, son visage tantôt se colore et tantôt blémit, il passe de la rougeur du feu à la lividité de la peur; elle roule des yeux furibonds, qui se convulsent vers le ciel, une écume sort de sa bouche » (ces lignes sont empruntées à une description de LUCAIN). Bientôt apparaît la phase convulsive (période des grands mouvements); sa tête, ses membres, son corps entier, sont en proie à une agitation désordonnée, pareille, dit PLUTARQUE, à celle des flots soulevés par la tempête; cependant, peu à peu, les convulsions s'apaisent,

et c'est alors que la pythie commence à proférer des sons articulés; d'une voie brisée, rauque, elle laisse échapper comme à regret des mots sans suite, des lambeaux de phrase interrompus par de brusques arrêts ou de longues hésitations. Elle dépeignait ainsi, croyait-on, les visions envoyées par le dieu et exhalait les paroles que celui-ci lui soufflait ». Hallucinations visuelles et auditives qui se reflétaient aussi sur son visage: « tantôt épouvanté et tantôt menaçant », mais qui sait si dans le secret du sanctuaire les prêtres n'avaient pas suggéré à l'avance les propos fatidiques que leur docte médium annonçait publiquement. Finalement, un long soupir annonçait que la pythie avait terminé son rôle, la crise était finie, l'oracle était rendu. »

En 1250 avant Jésus-Christ, ESCULAPE pratique la cure morale par persuasion: à Orope dans l'Attique, on oblige les patients à n'avoir pris aucun aliment depuis l'avant-veille, l'inanition rendant les gens plus sensibles à la suggestion!... Plus tard, à Cnide, les Asclépiades ont des moyens de persuasion plus puissants, mais aussi plus intéressés: les consultants passaient la nuit dans un sanctuaire que remplissait une agréable vapeur; lorsque le sacrificateur croyait tout son monde endormi, il s'emparaît des noix, figes, gâteaux et autres offrandes. CESBRON ajoute plaisamment: « Puisqu'il guérissait pour le dieu, il était juste qu'il mangeât pour lui ». Le lendemain, on disait que l'immortel avait tout consommé.

L'avènement d'HIPPOCRATE quelque 400 ans avant Jésus-Christ, marque une date importante dans l'his-

toire de la médecine. On trouve l'étude de la névrose déjà très avancée dans les premiers livres codifiés de la médecine hippocratique. Toute la pathogénie repose sur l'idée d'un utérus vagabond parcourant au gré de sa fantaisie tous les points de l'organisme, mouvement d'autant plus désordonné que les femmes sont plus vieilles ou qu'elles n'ont pas eu de rapports sexuels (parce que chez elles la nature vide et desséchée est aussi plus légère). Ayant ainsi assimilé l'utérus à un animal capricieux, le traitement est simple, il faut le chasser de l'endroit malade en l'incommodant avec des applications ou fumigations fétides, et l'attirer en son siège habituel par de bonnes odeurs en pessaire, fumigations ou injections vaginales aromatiques. Si des accidents surviennent à l'hypochondre, la matrice s'étant fixée sur le foie, il suffit de la détacher avec la main et de lui faire réintégrer les parties inférieures. En dehors de la puérilité de ces explications, il faut reconnaître à Hippocrate le grand mérite d'avoir su observer et de nous avoir transmis les premières observations véritablement cliniques de cette névrose. Sa conception d'ailleurs est aussi celle des philosophes : « La matrice est un animal qui désire ardemment engendrer des enfants; lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à la supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes et occasionnant diverses maladies jusqu'à ce que le désir et l'amour réunissant l'homme et la femme fassent naître un fruit et le cueillent comme sur un arbre » (PLATON dans le *Timée*).

Donc, pour toute l'Ecole hippocratique, l'utérus et sa mobilité causent tous les désordres, d'où le nom donné à la maladie : hystérie (de ὑστέρα : uterus). C'est essentiellement une maladie des femmes et en particulier des vierges et des veuves.

Cette théorie utérine va persister jusqu'au xix<sup>e</sup> siècle, après que GALIEN eût fait justice de la mobilité de l'utérus; certes cet organe est encore pour lui le siège de la maladie: c'est la semence retenue dans l'utérus qui provoque un empoisonnement du sang, mais la privation des plaisirs de l'amour produit les mêmes troubles chez les hommes. Pour la première fois, un médecin affirme l'hystérie masculine et il faudra attendre le xvii<sup>e</sup> siècle pour voir confirmer cette notion.

Durant tout le *Moyen Age*, l'étude de l'hystérie ne fait aucun progrès; le sentiment du merveilleux l'emporte sur la foi religieuse, on aime Dieu, mais on craint surtout le diable, le moindre symptôme lui est attribué: existe-t-il du prurit génital? cela vient de l'accouplement avec le diable; les sujets ont-ils la gorge serrée? c'est le diable qui les étouffe; mais ce sont les crises qui dominent la scène. Rien ne paraît, en effet, mieux symboliser la possession que ces grands mouvements désordonnés, ces contorsions, ces cris et ces grimaces. Rien ne paraît mieux montrer que la volonté du malin s'est entièrement substituée à celle du possédé.

Le caractère contagieux de ces phénomènes est depuis longtemps évident. PLATON y insistait déjà dans son *Timée*, en montrant qu'ils se manifestaient surtout à l'occasion de certains cultes comme celui de

Cybele et de Rhéa, et prenaient le type dansant, saltatoire, rythmique; ainsi les prêtres Corybantes et les prêtres Saliens (Salire: sauter) et PLUTARQUE nous a laissé une description de leurs crises « lorsqu'au mois de mars ils portaient en procession le bouclier sacré dans les rues de Rome ».

Cette forme dansante des épidémies continue à jouir de la même faveur en passant du paganisme au christianisme. Ce sont par exemple les danseurs de Saint-Jean qui, en 1374, arrivent à Aix-la-Chapelle par troupes d'hommes et de femmes, dont les crises ne cessaient pas jusqu'à ce qu'on leur eût serré l'abdomen avec des linges, ou donné des coups de poing et de pied dans le bas ventre. C'est la danse de Saint-Guy, caractérisée par des hallucinations et des convulsions à formes épileptiques, arrêtées par la compression de l'abdomen; ces troupes de danseurs étaient parfois accompagnées de musiciens qui excitaient leur ivresse. A Arras, en 1459, c'est la Vaudoisie, secte dont les adhérents sont accusés de tuer et manger les enfants. Ces épidémies se perpétuent en s'atténuant jusqu'à nos jours, s'exagérant parfois en de brusques paroxysmes, tel en 1731 l'épisode des convulsionnaires de Saint-Médard provoqué par la mort du diacre Paris.

Durant le Moyen-Age, il n'est donc pas question de maladie, mais de possession, et partant d'exorcisme. Les moines ont jalousement gardé l'héritage des prêtres antiques: c'est une immense floraison de miracles et de cures miraculeuses. Ce n'est plus dans les livres médicaux qu'il faut rechercher les documents, mais sur les vitreaux et les bas-reliefs des cathédrales.

Mais bientôt l'hystérie n'est plus sans danger, l'Eglise également persuadée qu'il s'agit de possession démoniaque, décide de sévir. Dès l'an 700, Innocent III crée les Inquisiteurs, et pendant des siècles, les bûchers vont s'allumer sur toute la chrétienté; les manuels de sorcellerie et le rituel romain de l'exorcisme contiennent en germes les leçons de la Salpêtrière, les stigmates sont nés et se sont fixés le jour où les inquisiteurs appliquèrent à les créer la plus méthodique des suggestions. Les piqueurs chargés de dépister les sorciers parcouraient les villages et leurs fonctions consistaient à rechercher les plaques d'anesthésie, ou plutôt à les créer, car c'était là les plus importants des stigmates diaboliques, tout sorcier étant possédé par le diable devant en porter les marques, « le corrupteur du genre humain marque les siens pour les mieux reconnaître », TERTULLIEN. Ces « stigmata diaboli » sont constitués par les nævi, taches pigmentaires et surtout les zones d'anesthésie cutanée, muqueuse, anale, cornéenne et pharyngienne. Ces stigmates sont recherchés à la loupe en tous les points du corps, même les plus secrets : « Satan, dans le but d'éluder la justice, met ses marques en des endroits si sales qu'on a horreur de les y aller chercher » (Pierre de LANCRE). A lire la technique de ces recherches, on conçoit qu'il n'est point de sujet qui récalcitre à l'anesthésie, et pendant des siècles, ce furent des hécatombes d'hystériques. Les médecins eux-mêmes renforcent les croyances de l'Eglise. FERNEL, Ambroise PARÉ (qui a pourtant si bien décrit la crise) croient au diable. En vain, quelques voix courageuses se font entendre, Jean de WIER

affirme que les sorcières sont de pauvres malades victimes d'hallucinations. MONTAIGNE leur voudrait donner l'ellébore plutôt que la ciguë car elles lui paraissent folles bien mieux que coupables. Il faut attendre l'édit de COLBERT, en 1682, pour voir la fin de ces atrocités; désormais la peine de mort ne sera plus appliquée aux sorciers.

Mais durant toute cette longue période, la croyance au diable et aux sorciers avait aveuglé les esprits et perverti l'observation scientifique, ce qui explique que la doctrine utérine d'HIPPOCRATE et de GALIEN règne seule et sans conteste jusqu'au début du XVII<sup>e</sup> siècle. C'est à cette date que l'hystérie-maladie reprend droit de cité; c'est dès lors une affection nerveuse que l'on étudie et que l'on traite. Charles LEPOIS commence à battre en brèche la théorie utérine. Il place le siège de la maladie dans l'encéphale et soutient après GALIEN que les hommes n'en sont pas exempts. C'est aussi la théorie de WILLIS. SYDENHAM défend complètement les idées de WILLIS, et son *Traité* marque une étape importante dans l'histoire de notre névrose: « Cette maladie se montre sous infinité de formes diverses et elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain... Il s'agit du désordre ou mouvement irrégulier des esprits animaux... Quand j'ai examiné une malade et que je ne trouve en elle rien qui se rapporte aux maladies connues, je regarde l'affection dont elle est prise comme une hystérie ». Ce n'est encore qu'un diagnostic par élimination mais c'est déjà un diagnostic; par ailleurs principe séduisant et dangereux qui jouira deux cents ans encore (et même

après les travaux de BABINSKI) de la faveur des médecins qui ne pourront se séparer qu'à regret de ce mol oreiller de paresse.

Cependant la doctrine utérine avait des racines trop profondes pour mourir aussi vite et elle continue à lutter de pair avec la théorie nerveuse jusqu'au XIX<sup>e</sup> siècle, puisque l'idée de pléthore spermatique trouvera encore un défenseur autorisé dans LOUYER-VILLERMAZ et on peut lire dans son *Traité des Maladies Nerveuses proprement dites* : « Si l'on cherche à connaître quel est le siège de cette maladie, et quels dérangements des organes de la femme produisent les phénomènes de l'hystérie, on est bientôt convaincu que l'utérus est le siège de cette névrose, et qu'il existe vers cet organe une irritation, un spasme qui se fait le plus souvent sentir aux malades elles-mêmes. Pendant les accès d'hystérie, la main placée sur l'hypogastre reconnaît un mouvement vermiculaire qui se fait également sentir au doigt introduit dans le vagin ».

Avec BRIQUET enfin, et son *Traité de l'Hystérie* paru en 1859, c'est définitivement une névrose de l'encéphale qui, comme l'avait vu SYDENHAM, peut être masculine. Mais depuis le XVII<sup>e</sup> siècle, le champ de l'hystérie s'est agrandi dans des proportions considérables, et le nombre des phénomènes hystériques va s'aggrandissant tous les jours; c'est comme le dit LASEGUE, « une corbeille à papier où l'on jette tous les symptômes que l'on ne sait où placer. »

---



## L'hystérie traditionnelle

### Charcot et l'école de la Salpêtrière

---

En 1862, Jean-Martin CHARCOT est nommé médecin en chef de la Salpêtrière, le hasard voulut que dans cet Hôpital, existât un pavillon où se trouvaient entassés pêle-mêle avec les aliénés: des hystériques et des épileptiques; le bâtiment menaçant de s'effondrer, il fut désaffecté, les aliénés furent mis à part, quant aux épileptiques et aux hystériques, ils furent réunis dans un quartier spécial: le quartier des épileptiques simples; ce nouveau service fut attribué à CHARCOT. Ce simple hasard provoqua une orientation nouvelle de ses travaux, et la partie de l'œuvre du Maître consacrée à l'hystérie, bien qu'aujourd'hui battue en brèche, ne fut peut-être par la moins féconde, ce fut en effet le premier essai de clarification de cette névrose qui prépara les travaux ultérieurs et décida sans doute des résultats qu'apportèrent bientôt dans ce domaine les études de BABINSKI. Donc, involontairement et par la force des choses, CHARCOT se trouve plongé en pleine hystérie, et l'étude de cette maladie, sans substratum anatomique, le mena bien loin de sa fameuse méthode anatomo-clinique qui a jeté les fondements de la neurologie moderne.

Le chaos d'observations plus ou moins fantaisistes et de doctrines plus ou moins délirantes accumulées depuis des siècles, était déjà peu fait pour faciliter sa tâche. On conçoit de plus que la promiscuité à la Salpêtrière entre épileptiques et hystériques était loin de simplifier le problème, car si l'état des épileptiques en fut peu modifié, il n'en fut pas de même des hystériques : à force de voir se dérouler chaque jour sous leurs yeux les attaques de mal comitial, ces malades doués d'une psycho-plasticité et d'un mimétisme qui ne sont plus à démontrer, se mirent à les reproduire tant bien que mal, mieux encore, à les paraphraser ; la crise d'hystéro-épilepsie, avec ses quatre phases, était ainsi créée de toutes pièces, et il a suffi de s'y intéresser, on peut même dire de la codifier, pour la voir se reproduire à des milliers d'exemplaires.

Certes il n'est pas question pour nous de juger en deux mots l'œuvre de CHARCOT, c'est un édifice de génie dont la plus grande partie subsiste, et l'hystérie n'en constitue qu'une infime portion. Mais là, comme le remarque justement P. MARIE, il a été trompé, il ne s'est pas trompé lui-même. Il faut savoir dans quelles conditions désavantageuses se poursuivirent ses études, celles notamment sur l'hypnotisme. « Presque jamais Charcot, dit P. MARIE, n'endormait lui-même ses malades. Son chef de clinique, ses internes se chargeaient de ce soin ; les malades passaient ainsi de mains en mains pendant la matinée ; l'après-midi, les internes, et souvent aussi les externes, sollicités par des collègues d'autres hôpitaux, ou par des amis, répétaient une ou plusieurs fois les expériences du ma-

tin, sans songer à mal ». Le résultat de toutes ces pratiques est facile à imaginer : à l'insu de CHARCOT, se produisaient sur ces malades une série de suggestions inconscientes aboutissant à un véritable dressage. A l'entrée d'une nouvelle, les anciennes déjà éduquées complétaient rapidement l'instruction de la néophyte, de plus des toiles de Richer exposées à la clinique et visibles pour tous jouaient le rôle de tableaux éducateurs. Si l'on ajoute que les sujets n'étaient l'objet d'aucune surveillance, que rien ne pouvait brider leur appétit de fabulation plus ou moins consciente, que les pires supercheries pouvaient se donner libre cours, que les rapports de veilleuses ou de filles de salle colportés par les assistants étaient acceptés comme observations scientifiques, on conçoit facilement le terrain sur lequel s'est développée ce que l'on appelait alors « l'hystérie de culture ».

CHARCOT se laissa emporter par sa tendance à tout classifier et, en présence de symptômes aussi fuyants, aussi peu consistants, il eut le tort de vouloir les enfermer dans un cadre nosologique sûr et rigide. C'est ainsi que sortit toute armée de son cerveau, comme la déesse antique, le protégée aux formes innombrables, l'hystérie classique : la grande simulatrice.

Dès lors, c'est une maladie bien nette, bien séparée des autres, ayant des caractères scientifiquement établis ; l'hystérie peut simuler toutes les maladies du système nerveux, et pour bien montrer les opinions de la science officielle de l'époque, nous empruntons les quelques lignes suivantes au Dictionnaire de DECHAMBRE, dans lequel GRASSET, en 1889, traite de cette

névrose: « Le mot simuler n'est pas exact, elle (l'hystérie) peut les produire (les symptômes) réellement, seulement l'altération qui développe ces symptômes est fonctionnelle ou fugace au lieu d'être organique et définitive. Ainsi, il y a certainement une hystérie des cordons postérieurs de la moelle produisant l'ataxie, et simulant l'ataxie d'origine organique; il y a une hystérie des cordons latéraux produisant des contractures fixes, et simulant la sclérose latérale primitive ou secondaire; il y a même une hystérie des cornes antérieures produisant l'amyotrophie ». Retenons bien ceci, c'est ce qu'en d'autres termes diront les défenseurs de ce qu'on appellera 40 ans plus tard « la nouvelle conception de l'hystérie ». Avec SYDENHAM, c'était encore un diagnostic par élimination. Avec l'Ecole de la Salpêtrière, on arrive à reconnaître l'hystérie non plus par exclusion, mais d'une manière scientifique et positive, et on la distingue de ce qui n'est pas elle. C'est que dorénavant il y a des signes positifs inimitables propres à l'hystérie qui ne se retrouvent pas dans les autres maladies dont on peut ainsi la différencier: ce sont les stigmates dont nous allons montrer l'importance, en exposant avec quelques développements l'enseignement de la Salpêtrière.

### La doctrine de Charcot

Cette doctrine peut se résumer en quatre parties : l'attaque hystérique, les stigmates permanents, les manifestations diverses de l'hystérie, l'hypnotisme.

1° LA GRANDE ATTAQUE HYSTÉRIQUE. — L'hystéro-épilepsie est toujours annoncée par des *prodromes* qui peuvent la précéder de plusieurs jours: troubles psychiques sous forme de changements du caractère, sautes d'humeur, crises de larmes; des troubles des fonctions organiques: nausées, spasmes de la gorge, augmentation des sécrétions, oppression constante, hoquet, rire, toux spasmodique, parfois mutisme. Toutes les malades ont des palpitations, beaucoup ont de la cyanose des mains; ce sont enfin des troubles de la démarche, des contractures et des anesthésies. Certaines zones dites hystérogènes sont le siège de phénomènes douloureux qui constituent « l'aura hysterica »: l'ovaire constitue la zone hystérogène par excellence; mais toutes les parties du corps peuvent être atteintes, la pression en ces points peut déclencher la crise et aussi l'arrêter. La crise proprement dite peut se diviser en trois périodes. La *première période dite épileptoïde* se déroule elle-même en trois phases: phase tonique, clonique, puis de résolution musculaire; mouvements convulsifs pouvant rappeler par certains côtés la crise de mal comitial.

La *deuxième période, dite des convulsions et des grands mouvements* (clownisme) est caractérisée par des dépenses musculaires excessives et des attitudes illogiques, c'est là que l'on voit le fameux arc de cercle, la malade reposant uniquement par les talons et la nuque, mouvements de salutation, gestes de lutte, crises de rage. Puis c'est la *troisième période, dite des attitudes passionnelles*: comme hallucinée, la malade mime son rêve par des attitudes gaies ou tristes; mais

malgré l'inconscience apparente du sujet, on garde l'impression d'une certaine composition, les gestes ne sont pas sans grâce, rarement obscènes, ils dénotent un souci d'élégance et donnent souvent l'impression de poses plastiques. La *quatrième période, dite de délire*, est beaucoup plus calme. Là, plus de mouvements, le dérèglement des centres moteurs s'est épuisé et ce n'est plus qu'un délire de paroles dans lequel la malade décrit son rêve, plus souvent triste et mélancolique, et raconte ses hallucinations.

Cette grande attaque a donc des phases réglées, toujours les mêmes. Mais malgré une lointaine ressemblance avec l'épilepsie, CHARCOT s'éleva toujours contre l'assimilation de ces deux accidents. Le terme même: hystéro-épilepsie, lui paraît devoir prêter à confusion et il crée celui « d'hysteria-major » par opposition aux atteintes plus larvées auxquelles il réserve le nom « d'hysteria-minor ».

2° LES STIGMATES PERMANENTS. — Ce sont les signes objectifs, si l'on peut dire, de l'hystérie. Ils se classent en trois catégories: les troubles de la sensibilité, les troubles sensoriels et les stigmates moteurs. Les *troubles de la sensibilité* sont formés au premier chef par l'anesthésie complète ou incomplète. L'hémi-anesthésie accompagnant souvent l'hémiplégie fut la première reconnue. Puis ce furent les anesthésies en îlots, jamais juxtaposables aux territoires sensitifs des nerfs, affectant des dispositions toujours les mêmes: en manchettes, en gants, en manches de veste, en bottes. Ces anesthésies sont toujours limitées par des li-

gues nettes, circulaires, comme une tranche d'amputation; on sait aujourd'hui le rôle de la suggestion médicale dans l'apparition de ces troubles et LASÈGUE note ironiquement, dès 1864: « Il est d'expérience que les hystériques non encore éclairées par les investigations d'un médecin, ne font pas mention de l'anesthésie ». L'anesthésie des muqueuses est aussi recherchée ainsi que l'anesthésie cornéenne. L'anesthésie pharyngée paraît la plus démonstrative, car suivant l'avis de CHARCOT, elle est impossible à simuler; assertion inexacte dont on a depuis longtemps fait justice. D'autre part, ces pseudo-insensibilités à la piqure s'accompagnaient néanmoins du réflexe de dilatation pupillaire qui traduit habituellement les réactions douloureuses. A côté de cette perte de la sensibilité, on note au contraire des hyperesthésies siégeant dans des points variables: les zones hystérogènes; nous avons déjà vu que les ovaires constituent la zone la plus fréquemment en cause.

*Les troubles sensoriels* qui accompagnent généralement les troubles sensitifs et siègent du même côté qu'eux, se manifestent par des troubles du goût, de l'odorat, et surtout des troubles de la vue, qui ont pour CHARCOT une importance capitale. C'est notamment le fameux rétrécissement du champ visuel, le roi des stigmates, impossible à simuler; on sait ce qu'il faut penser aujourd'hui de sa valeur.

Ce sont enfin *les stigmates moteurs* — et il ne faut entendre sous ce nom que les troubles ignorés des malades: la diminution de la force musculaire soit généralisée, soit plus souvent localisée à un segment de

membre, une main ou une moitié du corps; mais cette simple diminution de la force musculaire est toute prête sous la moindre influence, à devenir de la paralysie : le stigmate deviendra accident. Un autre stigmate moteur se manifeste par de la contracture plus souvent localisée, c'est la diathèse ou opportunité de contracture — et ce terme d'opportunité nous semble évidemment particulièrement choisi...

A côté de la crise caractéristique et des stigmates permanents, il resterait à écrire un vaste chapitre où nous grouperions les manifestations diverses de l'hystérie comprenant une infinité d'accidents secondaires.

3° LES MANIFESTATIONS DIVERSES DE L'HYSTÉRIE. — Nous ne ferons que les signaler, nous réservant d'en faire une étude critique au moment que nous aborderons l'étude de l'hystérie moderne. Ce sont les paralysies les plus diverses revêtant tous les aspects des paralysies spasmodiques, et notamment l'exagération des réflexes tendineux et la trépidation épileptoïde du pied, paralysies réalisant souvent le syndrome classique: hémiplégie avec hémianesthésie sensitivo-sensorielle. Ce sont des tremblements, des chorées, et en particulier la chorée rythmée au sujet de laquelle CHARCOT écrivait dans ses leçons du mardi: « Rythme et cadence, voilà un caractère propre à nombre de phénomènes hystériques. Dans la chorée rythmée en particulier, il est si accentué qu'un maître de ballet pourrait noter et écrire les mouvements étranges souvent fort complexes qu'exécutent les malades lorsqu'ils sont sous le coup de leurs accès, il y a là, comme

il est dit dans « Hamlet », de la méthode, bien que ce soit de la *folie* ». Il dit ailleurs à propos des bâillements: « Je crois bien que tout bâillement se reproduisant à intervalles réguliers est un phénomène hystérique ». Nous verrons plus tard les conséquences qu'eût entraîné le maintien de ces principes devant certains états striés tels que les spasmes de torsion et les états chasmoïdes.

Plutôt que de vouloir énumérer les symptômes que peut présenter l'hystérique, il vaudrait mieux se reporter à la table d'un traité de pathologie interne. L'hystérie est plus que jamais la grande simulatrice, et comme au temps de l'HIPPOCRATE anglais, « elle imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain »: lésions superficielles et profondes, érythèmes, phlyctènes, bulles, hémorragies, ulcérations, gangrène de la peau, œdèmes, cyanose, paralysie laryngée, spasme glottique, œdème de la glotte, hémoptysie, hématomèse, congestion pulmonaire, etc..., curieux malade que celui qui peut traverser des maux aussi divers sans jamais voir ses jours en danger...!

4° L'HYPNOTISME. — L'hypnotisme subit une destinée semblable à celle de l'hystérie: de tout temps connu, il n'était pas question de discuter sa réalité, il suffisait de le faire rentrer dans le domaine médical, de le débarrasser des idées mystiques ou démoniaques qui, depuis la plus haute antiquité, en faisaient l'apanage des prêtres, des sorciers et des sociétés secrètes. Déjà MESMER, en 1778, donne à l'hypnose un caractère scientifique et les hystériques de marque venaient

chercher autour du fameux « baquet » une guérison à leurs maux. CHARCOT assujettit l'hypnotisme à des règles précises, il décrit le grand et le petit hypnotisme, ces phénomènes étant l'apanage des hystériques — ce n'est pas une névrose, mais une pratique qui permet, d'une part, de mettre en évidence les phénomènes pathologiques de l'hystérie, d'autre part, de les guérir, et l'on se rappelle les invraisemblables séances de la Salpêtrière où si souvent fut surprise la bonne foi du Maître.

\*

\*\*

Quelle *étiologie* donner à une maladie possédant un substratum clinique aussi précis? L'hérédité névropathique constitue un facteur essentiel et constant. Les agents provocateurs sont les intoxications et infections, les traumatismes et influences d'ordre psychique: l'imagination, la suggestion joueraient un rôle important dans la genèse des accidents d'hystérie ; quant à *l'émotion*, on lui reconnaît un rôle capital pouvant créer des désordres hystériques sans que la conscience fût avertie de leur développement, sans que la volonté pût intervenir pour y mettre obstacle.

Tout cela est admirable de cohésion et de logique. Pour couronner cet édifice, il faut encore une définition pathogénique; c'est dans l'état psychique que l'on cherche les origines de la maladie: l'élément dominant est une suggestibilité exagérée, un besoin d'étonner, de faire parler de soi ; ces malades pêchent par excès de représentation mentale, ce qui aboutit à des idées, à des conceptions engendrant des *modifications corporelles semblables à celles des ma-*

*ladies organiques*, mais à la base il faut surtout une constitution particulière se traduisant par des troubles permanents ignorés des sujets: les stigmates.

L'attaque hystérique a donc été étudiée dans ses moindres détails, chaque accident a sa monographie ; l'hystérie obéit à des lois inviolables. Ce monument paraît devoir éternellement durer, et pourtant, voici déjà qu'il se lézarde; BERNHEIM ose s'attaquer aux stigmates et douter de leur existence.

### Bernheim et l'école de Nancy

En effet, parallèlement à l'Ecole de la Salpêtrière, l'Ecole de Nancy s'occupe de l'hystérie et, dès 1891, BERNHEIM s'élève contre la division factice de la grande crise en quatre périodes; il pense qu'il s'agit là de créations artificielles. De même pour les stigmates, et, généralisant, il invoque le rôle de la suggestion dans la création de nombreux phénomènes hystériques. Il semblait qu'avec de tels prémices, la lumière ne devait pas tarder à paraître, il n'en est rien. Après avoir ainsi éclairci le débat, BERNHEIM y remet aussitôt de l'obscurité. Pour lui, il faut réserver le nom d'hystérie à la seule crise, et même à la première crise. Il croit que ce premier accident est toujours indépendant de toute suggestion. Par la suite, au contraire, c'est la suggestion médicale qui va perfectionner les crises suivantes et leur donnera des phases précises. Quant aux autres accidents, ils ne rentrent pas, dit-il, dans le cadre de l'hystérie, il s'élève contre « cette absorption de tout le dynamisme nerveux par une

prétendue entité morbide mystérieuse qui serait l'hystérie ». Ces accidents de dynamisme psychique appartiennent à des clauses absolument variables — le fait de les guérir par persuasion n'est pas un caractère différentiel propre à l'hystérie et, pour appuyer ses dires, il cite des observations où la suggestion aurait guéri l'hémi-anesthésie résultant d'une hémorragie cérébrale, le tremblement d'une sclérose en plaques. — Il semble ainsi ignorer les associations hystéro-organiques que pourtant CHARCOT mentionnait déjà. Enfin, pour compléter sa théorie, disons que, pour lui, l'émotion est toujours à l'origine des attaques. Quant à la définition même de la névrose : « un hystérique est un sujet qui a un appareil hystérogène », c'est dire en d'autres termes que ne fait pas qui veut de l'hystérie ; qu'il y faut une prédisposition particulière, qu'il existe en somme un terrain mental défini : la constitution hystérique. Mais cela ne nous apprend toujours rien quant à la nature de l'hystérie.

\*  
\*\*

Malgré les évidentes critiques qu'appellent ces théories, un pas a été fait. Le rôle de la suggestion médicale a été indiqué, et les prétendus stigmates sont devenus bien suspects. Mais le fait d'avoir amputé l'hystérie de tout ce qui n'était pas la crise, laisse le maquis aussi impraticable — cependant la base sapée tout va s'écrouler ; de ces dogmes qui hier paraissaient immuables rien ne subsiste aujourd'hui ; néanmoins il faut avant tout être juste. L'œuvre de la Salpêtrière n'aura pas été stérile. Ce sont notamment les travaux

sur l'hystéro-traumatisme qui ont permis d'asseoir définitivement la théorie de l'hystérie masculine et de préparer la voie aux études modernes sur l'hystérie de guerre et les accidents du travail. CHARCOT, malgré que son œuvre ait été faussée dès l'origine, a préparé le démembrement de l'hystérie ; avec BERNHEIM l'œuvre de démolition a été commencée, mais les matériaux sont encore par terre, et c'est à BABINSKI que revient l'honneur d'avoir porté le coup définitif à l'hystérie traditionnelle et d'avoir établi sur ses ruines une conception moderne, pratique et *clinique* : le Pithiatisme.

---



## Le Pithiatisme

### Babinski et l'école de la Pitié

---

On se rappelle les évolutions successives : d'abord diagnostic d'élimination avec SYDENHAM, puis, avec CHARCOT, diagnostic précis se basant sur des signes certains : les stigmates. De ces stigmates BABINSKI va rapidement faire justice — des méthodes d'investigation rigoureuses lui permettent de confirmer à ce sujet les hypothèses de BERNHEIM. Il établit ensuite patiemment le rôle de la suggestion pour tous les accidents hystériques, puis, reprenant le problème par la base, il voit ce qu'a de dangereux le vieux principe de SYDENHAM : « Quand j'ai examiné une malade... », principe encore appliqué à son époque par tous les médecins : ce qui manque en neurologie aux maladies organiques connues, ce sont les tests inimitables, des signes objectifs que la volonté ne puisse reproduire ; ces signes, il les cherche et les décrit avec précision. Enfin, le 7 novembre 1901, au cours d'une séance mémorable à la Société de Neurologie, BABINSKI propose une définition de l'hystérie qui suscita l'étonnement et aussi les critiques du monde médical. Dès lors, l'hystérie de Charcot a vécu et l'on put croire que la

neurologie était définitivement débarrassée des vieux mythes et des brumeuses théories qui paralysaient son essor.

C'est là une date capitale dans l'histoire de la neurologie, qui mérite qu'on s'y arrête et, d'autre part, il n'est pas inutile, avec le recul des années, de montrer ce qu'a été l'œuvre de BABINSKI, de suivre les étapes de sa pensée ; aujourd'hui surtout où certains auteurs semblant faire table rase de ces travaux, veulent remettre en question le problème clinique de l'hystérie que depuis 30 ans on croyait résolu.



Afin de mieux traduire la *conception de Babinski*, nous allons, dans ce chapitre, dégager l'essentiel des nombreuses publications où il a exposé ses théories.

Pour lui, l'hystérie classique présente trois catégories bien différentes de symptômes : d'une part, ceux que la suggestion réalise et que la persuasion guérit ; d'autre part, des signes dus à la supercherie, — et enfin toute une symptomatologie parasite appartenant à des causes très différentes.

1° *Les symptômes que la suggestion réalise et que la persuasion guérit* : Ce sont les paralysies, anesthésies, contractures de tous ordres, et c'est à leur sujet surtout que la discrimination est difficile entre le simulateur et l'hystérique — ce qui psychiquement parlant les distingue, c'est que le premier agit en pleine conscience, dans un but précis, toujours intéressé, alors que le second, suggestionné, est inconscient, ou plutôt sub-conscient, se comportant en som-

me comme un demi-simulateur, « la différence réside seulement dans les états d'âme des sujets ». Du point de vue clinique en présence de phénomènes de cet ordre dont l'origine fonctionnel est bien établi « l'échec de la persuasion peut faire pencher du côté de la simulation ».

2° *Les symptômes dus à la supercherie* : On a trop souvent confondu, en effet, supercherie et hystérie ; il existe tout un groupe de phénomènes morbides sur lesquels la persuasion n'a point de prise : la température, l'anurie, parfois des érythèmes, des phlyctènes, des ecchymoses et des œdèmes, des ulcérations, des plaques de sphacèle ; dans la genèse de ces symptômes, la fraude est évidente, et, dans tous les cas, une surveillance attentive arrive à la déceler. Sur ce point, l'opinion médicale ne changea qu'avec difficulté et, en 1907, au Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française où la question était à l'ordre du jour, en 1908, à la Société de Neurologie de Paris, des Neurologues présentent des observations soi-disant incontestables de température, d'œdème bleu, de phlyctène, qu'ils disent spontanés, et attribuent à la névrose. BABINSKI put montrer qu'il s'agissait de simulation grossière et de mythomanie.

3° *Symptômes appartenant à d'autres causes que l'hystérie* : On a, en effet, confondu des états nerveux très différents : les phénomènes émotifs, les phénomènes vaso-moteurs et les modifications des réflexes.

Ce sont d'abord les *phénomènes émotifs* : BABINSKI d'ailleurs, au contraire de tous ses prédécesseurs, nie le rôle de l'émotion dans la production des accidents

hystériques vrais ; il distingue l'émotion « choc », qui mérite seule le nom d'émotion, puis l'émotion lente qu'il appelle état affectif. Le rôle de l'émotion choc serait de guérir les accidents plutôt que de les provoquer ; il s'agit d'influences d'ordre moral ou physique, affectant véritablement l'individu : l'annonce de la disparition d'un être cher, ou bien un grand cataclysme : inondation, incendie, naufrage — et on en connaît de nombreux exemples — là, pas d'accidents hystériques, le déséquilibre est trop fort, trop brutal pour être compatible avec des représentations pouvant aboutir à des modifications physiques, il y a plutôt une sidération psychique : « quand une émotion vraie, sincère, profonde secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie ». Si l'émotion était vraiment la cause indispensable de la maladie, pourquoi cette névrose aurait-elle diminué dans de telles proportions, pourquoi subirait-elle de pareilles fluctuations. Les grands cataclysmes qui bouleversent l'humanité, les grandes douleurs qui frappent l'individu, ne varient guère suivant les époques. Au contraire, les états affectifs (émotion lente) jouent dans la genèse de certains accidents un rôle réel, mais accessoire, car il y faut ajouter autre chose, une représentation psychique, un travail d'imitation toujours à base de connaissances antérieures — donc avant tout : idéation troublée.

Mais l'émotion choc que nous avons récusée dans la production des phénomènes hystériques, engendre toute une catégorie de symptômes qui lui sont propres et n'ont rien à voir avec l'hystérie : tachycardie, accé-

lération des mouvements respiratoires, perturbations vaso-motrices. Certes, on peut provoquer une émotion par suggestion, les phénomènes sus-mentionnés s'ensuivront, mais une fois déclenchés, ils suivront un cours immuable en intensité et dans le temps, sans que la persuasion puisse à volonté les interrompre.

D'autres phénomènes avaient encore été, à tort, rangés dans l'hystérie. Ce sont des *troubles vaso-moteurs* et des *modifications des réflexes*. Ce fut un dogme difficile à renverser que celui qui soutenait la possibilité de l'abolition ou de l'exagération des réflexes tendineux ainsi que l'existence de troubles vaso-moteurs tel que le dermatographisme dans l'hystérie. Cette croyance tenait à deux choses : une technique défectueuse dans la recherche des réflexes de tous ordres chez le sujet normal. Certes, les réflexes tendineux peuvent être anormalement vifs chez l'hystérique — le dermatographisme particulièrement accentué. Mais, si on les recherche systématiquement chez des individus normaux, on y retrouve les mêmes variations. Et puis il ne suffit pas qu'un réflexe soit vif pour être dit exagéré ; ce n'est pas là une simple question de terminologie — l'emploi de l'un ou l'autre de ces termes peut, dans la seconde même, affirmer ou infirmer un diagnostic neurologique. BABINSKI, à la suite de minutieuses recherches, et après l'établissement de règles très précises, affirme, dès 1893 : « il n'y a aucune perturbation des réflexes tendineux dans les paralysies et contractures hystériques pures ». Ces états nerveux, émotifs et réflexes, sont donc nettement différents des phénomènes hystériques.

Seuls appartiennent donc encore à l'hystérie les phénomènes du premier groupe que réalise la suggestion et que guérit la persuasion. Ce démembrement étant effectué, nous pouvons aborder l'étude des éléments du diagnostic de l'hystérie moderne.

### *Les éléments du diagnostic de l'hystérie*

Ce sont les signes positifs, les signes négatifs et l'influence de la suggestion et de la persuasion.

a) LES SIGNES POSITIFS : Il est évident qu'un malade qui présentera la grande crise classique, avec arc de cercle, contorsion, attitudes passionnelles, sera classé comme hystérique ; cependant faut-il encore ne pas se laisser prendre à de lointaines apparences, à de grossières similitudes ; il faut savoir se méfier et chercher sous ce masque les signes d'une affection organique possible. Nous verrons, à propos de l'encéphalite, combien l'on doit être prudent à cet endroit.

b) LES SIGNES NÉGATIFS : Ce sont, sans contredit, les plus importants, ainsi par exemple, une paralysie est due à la suggestion quand on n'y retrouve aucun des signes objectifs des paralysies organiques, et BABINSKI a enrichi notablement leur séméiologie : par exemple le signe de l'inversion du réflexe plantaire qui porte son nom, est actuellement devenu indispensable dans la pratique neurologique journalière. Les différences entre les hémiplésies fonctionnelles et les hémiplésies organiques ont été précisées par lui dans le moindre détail. Le phénomène d'épilepsie

spinale (trépidation épileptoïde du pied, clonus de la rotule) convenablement recherché, a désormais une valeur organique incontestable.

c) RÔLE DE LA SUGGESTION ET DE LA PERSUASION. — Ce rôle doit être envisagé à l'occasion de deux ordres de symptômes que BABINSKI distingue en phénomènes primitifs et en phénomènes secondaires.

*Les phénomènes primitifs.* — Tout d'abord, définissons les termes avec BABINSKI : « La suggestion consiste à faire accepter à autrui une idée non seulement mauvaise, mais manifestement déraisonnable ». La persuasion consiste, au contraire, à imposer à autrui une idée saine et éminemment sensée. Ainsi, affirmer à un sujet dont le système nerveux est indemne, et dont les muscles fonctionnent normalement, qu'il est paralysé, c'est de la suggestion ; puis, dans un second temps, lui faire accepter l'idée que ce trouble est imaginaire et doit disparaître, c'est de la persuasion.

L'hystérique est un individu sans doute suggestionnable, mais surtout, qui ne présente de troubles ressortissant à la névrose que par suggestion. Ces troubles seront susceptibles de guérir par persuasion. Suggestion et persuasion sont les épreuves cruciales qui doivent, à coup sûr, faire trébucher les hystériques. Ces épreuves doivent d'ailleurs être associées pour avoir toute leur valeur ; nous avons vu que les phénomènes émotifs par exemple que l'on peut produire par suggestion, ne sont pas de l'hystérie, puisque la persuasion est sans influence sur eux. De plus, il n'est pas question non plus de guérison passagère ou d'amé-

lioration, mais bien de guérison définitive, et cela n'est pas indifférent ; en effet, on a trop tendance actuellement, dans la terminologie médicale courante, à homologuer les phobiques, les anxieux, les psychasthéniques aux hystériques ; certes, ce sont aussi des malades qui « se font des idées », mais des idées de tous ordres et pas seulement pathologiques. Et, puis, si la persuasion parfois les améliore et leur permet, par une orientation nouvelle, d'espérer la guérison, tous les médecins, et les modestes praticiens plus que les autres, connaissent bien la constance désespérante de ces malheureux qui hantent (le mot n'est pas trop fort...) des années durant leur cabinet, à la poursuite d'une guérison que rien ne peut leur donner, même pas la persuasion la mieux conduite.

CHARCOT — nous l'avons montré — avait bien noté la suggestibilité particulière de l'hystérique. BERNHEIM lui faisait déjà une place importante ; avec BABINSKI : c'est toute la maladie. Et contrairement à BERNHEIM, même la première crise ne peut exister sans un travail d'imitation à base de connaissance antérieure et dans les cas où cette suggestion par l'entourage, les lectures, ne peut être mise en cause, on retrouve toujours un modèle parfois dans la prime enfance du sujet.

*Les phénomènes secondaires.* — Pourtant, il est une classe de symptômes nettement hystériques contre lesquels la persuasion ne peut rien, du moins de façon immédiate. Ce sont, par exemple, l'atrophie musculaire, les rétractions tendineuses, l'ankylose, qui succèdent à une immobilisation volontaire et prolongée

d'un membre. Ils méritent le nom de phénomènes secondaires car ils sont conditionnés par les troubles primitifs, eux, manifestement hystériques et susceptibles d'apparaître sans avoir été précédés d'aucune autre manifestation. Ces troubles secondaires ne disparaîtront que lorsque la persuasion aura fait disparaître l'accident primitif, cause originelle.

On a voulu contester l'influence souveraine de la suggestion en avançant des cas d'hystérie incontestable qui y paraissent réfractaires, ainsi qu'à la persuasion, ce qui permit à BABINSKI de mieux préciser encore sa pensée : « Je dis susceptible de guérir et, devant ces cas, je dis hystérie quand même, parce que j'ai vu des cas identiques ayant réagi à la persuasion et à la suggestion, et que, d'autre part, ces troubles ne présentent aucun caractère d'organicité ».



On pourrait nous taxer d'oubli si nous omettions de dire les opinions de BABINSKI quant à l'hypnotisme qu'il étudia de pair avec l'hystérie. Pour lui, ce n'est qu'une forme de suggestion, ce n'est pas un sommeil, mais l'apparence seulement du sommeil. Jamais un hystérique en état d'hypnose n'a pu commettre inconsciemment, sous une influence extérieure, et dans une crise de somnambulisme, un délit qui puisse être jugé sévèrement par la loi. Le somnambule sort immédiatement de son état de pseudo-inconscience à l'annonce d'une grave nouvelle, ou d'un danger immédiat ; cet état n'a aucun rapport avec le somnambulisme physiologique, et nous définirons avec BABINSKI : « L'hypnotisme est un état psychique rendant le sujet qui s'y

trouve susceptible de recevoir la suggestion d'autrui, il se manifeste par des phénomènes que la suggestion fait naître, que la persuasion fait disparaître, et qui sont identiques aux phénomènes hystériques ».

\*  
\*\*

Ayant écarté de l'hystérie les affections organiques et psychiques qui n'y étaient mêlées que par erreur et faute d'une connaissance approfondie de leurs aspects et de leurs véritables signes objectifs — ayant éliminé les phénomènes dus à la fraude et à la supercherie — ayant bien montré la différence avec certains autres phénomènes émotifs ou réflexes — ayant fait justice une fois pour toutes des fameux stigmates — et surtout, le rôle capital de la suggestion étant bien établi, BABINSKI pouvait en arriver à énoncer sa fameuse définition que, jusqu'à ce jour, les faits n'ont pas démenti.

### **Définition de Babinski.**

*« L'hystérie est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve, capable de s'auto-suggestionner ; elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires ; ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets, et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés aux troubles primitifs ».* En somme, ce qui caractérise en deux

mots l'accident hystérique en dehors de l'absence de signes objectifs organiques, c'est qu'il peut être produit par suggestion, et guéri par persuasion. Seule l'hystérie rentre parfaitement dans cette définition. « Aucune des affections actuellement bien classées hors du cadre de l'hystérie ne peut être reproduite par suggestion. Il est tout au plus possible d'en obtenir par ce moyen une imitation très imparfaite qu'il est facile de distinguer de l'original ». Quelle que soit la force suggestive déployée, on ne pourra obtenir certains symptômes comme l'hypotonicité du cérébelleux, l'attitude exacte d'une paralysie faciale, à plus forte raison, un signe de BABINSKI ou un signe d'ARGYLL-ROBERTSON. Une prétendue paralysie du radial ne pourra fléchir son avant-bras sans contracter du même coup son long supinateur. En somme, dans la neurologie moderne, une ressemblance même assez poussée ne permet d'assimiler deux syndromes qu'avec de grandes réserves, alors que l'existence ou l'absence d'un signe objectif bien caractérisé permet, à coup sûr, de les distinguer.

Ayant ainsi défini la maladie, BABINSKI propose d'abandonner le terme d'hystérie dont le sens étymologique lui-même consacre une erreur ; trop d'idées fausses ont été accumulées sous ce vocable pour le conserver et il le remplace par celui de *pithiatisme* qui exprime, l'un des caractères fondamentaux de ces accidents : la possibilité de guérir sous l'influence de la persuasion (πειθω : persuasion — ιατος : guérissable). Aujourd'hui, le pithiatisme a définitivement trôné l'hystérie.

\*  
\*\*

Ainsi nous sommes loin de CHARCOT — les travaux de BABINSKI sont lourds de conséquences ; l'hystérie n'est plus maladie, ce n'est qu'un simulacre de maladie. Nous savons que les hystériques ne fabriquent plus que du faux. Les médecins savent les dépister, mais ils ne s'y intéressent plus; au contraire, une fois repérés, ils les pourchassent; l'hôpital leur est fermé, plus personne ne s'apitoie sur leur état qui, de ce fait, n'a plus de raison d'être. Grâce à quoi leur nombre se fait plus rare chaque jour. Et c'est seulement en clientèle de ville que l'on en rencontre encore.

Ayant des notions précises sur le pithiatisme, l'expert peut désormais donner un avis fondé dans les procès relatifs aux accidents du travail, et juger sainement du taux d'une incapacité. Il n'est plus hésitant dans ses conclusions entre la supercherie et le pithiatisme. Que lui importe, notre rôle n'est que de guérir et d'apprécier l'étendue du mal, de séparer ce qui est organique de ce qui est purement fonctionnel. « Qu'un hystérique accuse le traumatisme d'avoir développé une hémiplegie, le médecin peut au premier examen, ou affirmer la nature pithiatique et la guérir, ou, si le sujet cultive avec intérêt son hystérie de rente, conclure que la cessation du mal dépend de la bonne volonté du patient (CESBRON) ».

\*  
\*\*

Si la définition de BABINSKI est parfaite du point de vue clinique, et riche, comme nous le verrons plus loin, en conséquences de toutes sortes, on a pu lui reprocher — et BABINSKI l'avait d'ailleurs prévu —

de n'envisager que les seuls accidents hystériques, le problème restant entier quant à l'hystérie elle-même, au terrain mental « du sujet capable de s'auto-suggestionner ». BABINSKI se borne à en dire ceci : « L'hystérie sans manifestation hystérique est en quelque sorte une abstraction, on peut dire que c'est un état d'esprit en vertu duquel on est apte à présenter des manifestations hystériques ». Et en effet, à examiner le fond des choses, nous sommes un peu de l'avis de LASÈGUE lorsqu'il disait que l'hystérie se dérobe à toute définition, et on ne peut guère aller plus avant que BABINSKI sous peine d'échafauder des hypothèses plus voisines du rêve que de la réalité.

Tous les auteurs se sont préoccupés du mécanisme pathogénique de l'hystérie et ont avancé des théories plus ou moins ingénieuses — leurs opinions sont sans doute intéressantes et légitimes à condition de s'interdire toute incursion dans le domaine clinique — incursion que jusqu'à nouvel ordre aucun fait positif ne peut justifier. Quant au tempérament, à la constitution hystérique il nous semble que le pithiatisme appartient plus à la psychologie normale ou sub-normale qu'à la psychiatrie elle-même. Ce n'est ni un état mental, ni une démence, c'est un simple « état d'esprit » et, nous allons essayer de le montrer, à peine morbide.

### *La psychologie de l'hystérique*

QUE DOIT-ON ENTENDRE PAR CONSTITUTION HYSTÉRIQUE ?

— Dans ce paragraphe, nous emprunterons largement au *Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique*

appliquée où M. LOGRE traite de notre sujet. Plusieurs comparaisons et images nous permettront de mieux exprimer notre pensée, bien que les conclusions auxquelles aboutit leur auteur soient sensiblement différentes des nôtres.

Tout d'abord, il faut dégager complètement l'hystérie des démences et des psychoses ; pour cela il n'est que de différencier la suggestibilité de l'hystérie d'autres formes de suggestibilité nettement pathologiques que l'on rencontre dans certains cas d'insuffisance intellectuelle chez des débiles et des déments. (Le cas par exemple de cet innocent que des farceurs envoyaient chaque année au Palais-Bourbon revêtu de décorations multiples, pour y prendre son siège de député (LOGRE) — la suggestibilité des phobiques obsédés et anxieux, des hypochondriaques : le trac des coiffeurs, le trac parfois irrésistible des acteurs — la suggestibilité enfin de la démence précoce et de la confusion mentale avec onirisme. Dans tous ces cas, on ne trouve rien qui se rapproche de l'hystérie : l'hystérique serait celui qui, se croyant atteint des mêmes affections, essaierait de les reproduire ; on ne suggère pas ce qu'on veut à l'hystérique, pas plus des idées de grandeur que des idées de persécution ou de culpabilité (l'hystérique tend à se présenter toujours *sub specie morbi et ad usum medici*.) Le contenu de la suggestion hystérique est toujours un symptôme, une maladie : c'est la suggestion du pathologique (pour définir la suggestion des débiles et des déments il faut se reporter à un traité de droit ; pour l'hystérique, il faut se reporter à un traité de pathologie).

*L'hystérique est-il sincère ?* On a dit qu'il était inconscient de ses troubles ; il s'indigne, en effet, si on lui affirme qu'il est le seul auteur de ses maux — et pourtant, tout porte à croire que sa sincérité a des limites... inconscient ? non, sub-conscient plutôt. On ne peut pas ne pas être frappé de l'impression de jeu que donnent ces malades ; ils se comportent en effet comme des acteurs ; il y a deux façons pour un acteur d'atteindre à l'expression dramatique : des moyens extérieurs, ils se fardent, se déguisent, portent un masque ou un cothurne (c'est le fait du vulgaire simulateur qui, par quelques cautérisations ou liens compressifs, produira des phlyctènes ou des œdèmes) ; le pithiatique est plus subtil, il dédaigne ces procédés ou s'en méfie, il ne met en œuvre que des moyens internes, son jeu personnel seul exprime son rôle par des attitudes, des gestes et la mimique. N'est certes pas acteur qui veut, et de même qu'au théâtre il y a des cabotins et des étoiles, la Salpêtrière avait ses vedettes. Le même processus psychologique semble, sur des plans différents, et toutes proportions gardées, réunir le comédien et le pithiatique ; chez l'un comme chez l'autre, il faut une psycho-plasticité développée au maximum, et l'on peut dire que le jeu dramatique n'atteint à la perfection qu'autant que l'auto-suggestibilité de l'acteur est plus intensément mise en jeu, — « pour me tirer des pleurs, il faut que vous pleuriez »... Sarah Bernhardt et la Duse pouvaient verser de vraies larmes, s'agissait-il donc là de psychose ou de banale simulation ?... BABINSKI avait bien vu cette analogie : « Tout se passe, disait-il, comme si la malade se dou-

taît que ses troubles sont passagers et disparaîtront sans laisser de traces, comme l'acteur blessé en scène sait bien qu'il va guérir sous peu dans les coulisses sitôt le rideau tombé ». Le rôle de l'isolement, qu'avait déjà bien compris CHARCOT, montre encore que le meilleur moyen de guérir l'hystérique, c'est de lui retirer son public, de baisser le rideau.

Sincère, sans doute, mais à la manière du comédien ; pour l'un, comme pour l'autre, il est des moyens sûrs de guérir ou d'interrompre l'action ; dans les deux cas, ce sera l'absence de spectateurs. Dans les deux cas, l'annonce d'un incendie ou d'un naufrage aura le même effet, si l'on peut dire curatif. On a souvent avancé qu'au temps de l'Inquisition les sorciers n'abandonnaient pas toujours leurs pratiques devant le bûcher. A cela, on peut répondre que l'Inquisition avait néanmoins fait régresser dans de grandes proportions les épidémies de possession qui, au contraire, refleurirent plus que jamais après l'édit de Colbert, — et que, d'autre part, les cas d'obstination, même devant les tortures, étaient plus vraisemblablement le fait de véritables mentaux, alors mêlés aux hystériques.

De plus, dans le domaine pathologique, le pithiatique se comporte toujours comme s'il voulait duper le médecin : rarement il simule une affection comportant des lésions accessibles aux explorations externes. La pathologie chirurgicale n'est pas son fort. Le domaine de la dermatologie lui est formellement interdit. Le criseur ne se blesse jamais dans ses crises, l'anesthésié jamais ne se brûle, « étranges malades,

ils sont aveugles et ils voient, ils sont muets et ils parlent !... (LOGRE) ».

Ce parallèle établi entre l'acteur et le *pithiatique* nous dispensera de développement sur la différenciation difficile d'avec le vulgaire simulateur. Nous avons quelques moyens de dépister la *simulation* : les aveux et le flagrant délit ; mais il n'y faut pas toujours compter. Le flagrant délit n'a peut-être pas une valeur absolue pour éliminer l'hystérie. D'autre part, le simulateur prépare son syndrome avec plus de sérieux ; il y met parfois, lorsque le but à atteindre est d'importance, une indomptable énergie, une obstination farouche ; il ne recule pas devant les réactions graves, désagréables et dangereuses, et il devient alors bien difficile de le trouver en défaut. Peut-être alors, comme l'avait remarqué BABINSKI, c'est l'échec même de la persuasion qui fera pencher le diagnostic du côté de la simulation. Ainsi lorsque les deux critères, l'aveu et le flagrant délit n'existent pas, plus rien d'objectif ne sépare le pithiatique et le simulateur et tout porte à croire que le premier se comporte comme un simulateur inconscient ou plutôt sub-conscient.

L'hystérie, en effet, ne peut faire que ce que peut faire la volonté. C'est ici que le flair du médecin reprend ses droits ; ce ne sont plus que des impressions morales qui peuvent asseoir sa conviction. En effet, ce qui fait le simulateur et le distingue psychiquement du pithiatique, c'est le but intéressé de la *simulation*, et encore ! qui pourra juger du désintéressement d'une malade ? Sait-on jamais les causes innombra-

bles et plus ou moins futiles qui poussent les malades au mensonge ou à la superfétation : désir de se faire plaindre, d'être mieux soigné, de se faire remarquer, d'être la malade intéressante du Service : on sait la fierté un peu puérile que manifestent de nombreux sujets, par ailleurs très normaux, à présenter une affection rare, — la dignité pleine d'importance que présente un enfant atteint d'une coupure insignifiante à porter un pansement bien visible ; en un mot, le pithiatisme, c'est du normal, avec plus ou moins de perversion passagère qui, dans les cas extrêmes, le rapproche un peu de la mythomanie et du délire d'imagination, — et nous ne pouvons que revenir à la définition de BABINSKI : « C'est un état d'esprit ».

Pour lui, cet « état d'esprit » peut s'installer chez presque tous les sujets : « C'est incontestablement une des affections les plus répandues et je suis, pour ma part, porté à croire qu'il est bien peu d'individus qui dans certaines circonstances, sous l'influence de causes occasionnelles plus ou moins actives, ne puisse en subir les atteintes ». Donc, qu'un sujet normal se livre sans raison particulière à cette comédie du pathologique, c'est peut-être trop dire ; il y faut, le plus souvent, « certaines circonstances », certaines « causes occasionnelles » (ce seront, par exemple, les émotions (états affectifs) et les fatigues de la guerre) ; il y faut sans doute encore autre chose : une constitution particulière réalisée par la persistance ou le retour momentané d'une certaine mentalité infantine. C'était aussi l'opinion de SCHNYDER, de Berne : « L'hystérie est l'expression la plus ordinaire des faiblesses inhérentes à

la mentalité humaine ; c'est la réponse ordinaire aux exigences de la vie chez tous les déracinés et les désenchantés qui représentent encore la simplicité des réactions psychiques de l'enfant ».

Un sujet, qui présente encore la simplicité des réactions psychiques de l'enfant, est-il au point de vue mental un malade ?... Sans doute dans les cas extrêmes comportant, comme chez quelques hystériques invétérés et récidivistes, un certain degré de débilité mentale. Mais il s'agit le plus souvent de cette constitution normale fréquemment rencontrée dans la vie courante et qui fait dire indulgemment d'un homme : « C'est un grand enfant ». D'ailleurs, cette assimilation du pithiatique et de l'enfant cadre bien avec cette constatation que l'hystérie est surtout l'apanage des adolescents et des adultes jeunes, en particulier des jeunes femmes. Au contraire, à mesure que la maturité se fait plus grande, à l'âge où nos manifestations extérieures se font plus rares, où l'homme mûr ne connaît plus guère le fou-rire et le sanglot : le pithiatisme disparaît. Il est très rare, en effet, de le rencontrer après 40 ans et pour ainsi dire jamais chez les vieillards.

Du point de vue clinique ces considérations ont peu d'importance ; nous savons qu'il n'y a là rien de grave, rien de progressif, rien qui puisse conduire à la démence ni à aucune autre psychose. Nous savons que l'état mental est pratiquement indemne, que cet accident, ou mieux cette attitude, sera sans lendemain si on lui oppose l'influence d'une persuasion bien conduite.



A l'époque où BABINSKI apportait ses premiers documents, où il montrait la méthode et les principes qui lui avaient permis d'aboutir au démembrement de de l'hystérie traditionnelle, déjà il prévoyait l'avenir, avec une admirable clairvoyance ; il savait que les vieilles théories ne pouvaient pas disparaître d'un seul coup, et qu'à la moindre occasion on rouvrirait le débat. Par une sorte de divination, il semblait prévoir les luttes futures, les discussions que devaient entraîner les faits de guerre et les troubles physiopathiques, plus près de nous encore : l'encéphalite et les états striés. Aussi, nous ne pouvons mieux terminer cet exposé qu'en citant les paroles prononcées par lui à la séance mémorable du 7 novembre 1901 : « Je demande qu'on procède de la même manière en présence d'un trouble encore non classé qu'on veut faire rentrer dans le cadre de l'hystérie, qu'on le reproduise d'abord par suggestion, qu'on le guérisse du moins dans un cas par persuasion, et que l'on démontre qu'il a des caractères cliniques spéciaux, distinctifs, on sera ensuite, et alors seulement, en droit en présence d'un nouveau cas identique, de diagnostiquer l'hystérie ».

---

## L'hystérie et la guerre

---

De 1902 à 1914, il semble que la bataille engagée par BABINSKI soit définitivement gagnée. Ce n'est pas à dire que, ici ou là, ne paraissent pas de temps en temps quelques rares observations réflétant les anciennes conceptions; mais elles se font de plus en plus rares et timides. Il n'en figure plus dans les Sociétés qui font autorité, telles que la Société de Neurologie et la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Bien au contraire, de nouveaux faits viennent chaque jour corroborer les idées nouvelles. Parallèlement à cette évolution des idées, les manifestations d'hystérie avérée deviennent de moins en moins fréquentes : ce fut là le premier résultat, et tangible, de la révision des doctrines classiques.

Mais, ainsi que l'écrivait BABINSKI, « la nature humaine n'ayant pas changé, il y avait tout lieu d'admettre que les accidents hystériques se multiplieraient de nouveau si les conditions favorables à leur développement se reproduisaient ». La guerre de 1914 réalisa amplement de pareilles conditions, et l'on assista à une nouvelle explosion de pithiatisme. En 1916, CHIRAY montre que les malades ou blessés atteints de névrose pure ou associée constituent près de la moitié

des hospitalisés des centres neurologiques, et que leur nombre tend à s'accroître chaque jour. Clovis VINCENT remarque, ainsi que l'avaient déjà noté les vieux auteurs : « Le nombre et l'intensité des phénomènes hystériques sont, jusqu'à un certain point, proportionnels à la difficulté et au malheur des temps ».

Cette multiplication extraordinaire sembla devoir d'abord donner raison aux contempteurs du pithiatisme qui soutinrent à nouveau que l'émotion joue un rôle direct dans la création des manifestations hystériques. On sait, en effet, que, dans la conception de BABINSKI, l'émotion vraie, l'émotion choc, ne joue pas de rôle direct dans l'apparition des accidents. Les chocs émotifs intenses de la ligne de feu furent, au contraire, rendus responsables de leur apparition. Sur ce premier point, ce ne fut qu'une alerte. On démontra, à l'aide de véritables observations, documents pris à l'occasion de bombardements violents, de naufrages, que ce ne sont pas les émotions qui sont directement en cause, mais bien les états affectifs créés par la guerre. Il faut lire à ce sujet la remarquable relation de Jean CLUNET, sur le torpillage du « Provence II », qu'ont en partie rapportée MM. BABINSKI et FROMENT dans leur livre « Hystérie-Pithiatisme ».

Le cataclysme lui-même ne produit pas l'hystérie, il prépare par un bouleversement dans le domaine des habitudes quotidiennes, par l'atmosphère de drame que brusquement on respire, les fatigues physiques et la tension morale qu'il occasionne, un état affectif souvent momentané, favorable à l'éclosion des phénomènes hystériques. Les grandes crises n'ont jamais

éclaté sous le feu de l'ennemi. Ce qu'on a vu sous le bombardement, ce sont simplement les manifestations de la peur, un léger syndrome confusionnel, somme toutes, les manifestations émotives habituelles : pâleur du visage, tachycardie, sujets hébétés, comme cloués sur place. Les phénomènes pithiatiques se produisaient toujours en dehors du danger, à l'abri, au fond d'une tranchée, et souvent au repos. L'expérience de la guerre a prouvé une fois de plus que le rôle de l'émotion dans l'hystérie n'est qu'indirect, en exaltant la suggestibilité, en affaiblissant le sens critique, et en préparant certains états affectifs favorables au développement secondaire des accidents hystériques.

Mais du fait même des circonstances exceptionnelles qui ont motivé cette recrudescence, l'antique névrose a pris des caractères particuliers. Tout d'abord, elle existe beaucoup moins souvent à l'état pur, elle est associée en général à des lésions traumatiques qui fixent plus profondément les troubles fonctionnels. De plus, survenant à une époque où le séjour à l'hôpital et dans les formations de l'arrière présentait un intérêt vital, la simulation sub-consciente de l'hystérie fut souvent renforcée, consolidée, par le désir plus ou moins avoué d'échapper au danger. Loin de nous l'idée d'admettre un instant que tous les hystériques de guerre furent des simulateurs et des poltrons : nous voulons seulement dire par là que si la suggestionnabilité de certains sujets est suffisante dans la vie courante pour créer l'apparence d'un état morbide, cette suggestionnabilité doit être singulièrement réactivée chez ces mêmes sujets soumis aux mille désagréments et aux

effroyables dangers d'une guerre ; nous voulons donc simplement marquer qu'à côté des hystériques purs, il y a eu des simulateurs, et que différents mobiles se mélangeaient chez un même individu pour créer des tableaux différents de l'hystérie classique.

De plus, les observateurs se sont multipliés ; déroutés par ces nouvelles apparences, plus ou moins compétents, parfois plus ou moins au courant des idées qui pourtant faisaient force de loi à la veille de 1914, un certain nombre retournèrent automatiquement, et par une sorte de vitesse acquise, aux notions de la Salpêtrière ; on crut un moment que les vieilles discussions allaient se ranimer. On fit refleurir les stigmates, on voulut de nouveau donner une base anatomique aux symptômes, la thérapeutique même de la névrose fut remise en question, et l'on discute plus que jamais le rôle du traitement suggestif.

Quelles furent les raisons de ce nouvel état d'esprit ? Ce fut tout d'abord que, *dans les mains de non-spécialisés*, nombre de syndromes d'aspect nettement pithiatique, se montrèrent rebelles au traitement, et, ensuite, que certains symptômes, et notamment les troubles physiopathiques, furent étiquetés à tort « pithiatiques » — et comme on y trouvait certaines manifestations objectives, on conclut que l'hystérie, ainsi qu'on le croyait autrefois, était réellement capable de créer des désordres organiques réels tels qu'œdèmes, troubles vaso-moteurs, et même modifications des réflexes. Nous allons développer ces deux ordres de faits :

1° *L'hystérie de guerre renforcée souvent par un traumatisme primitif, et souvent conditionnée par un intérêt vital, est particulièrement tenace.* Cette résistance à la psychothérapie, Clovis VINCENT est le premier à le remarquer : « L'effort thérapeutique qui suffisait à guérir facilement maints troubles hystériques du temps de paix, ne pourra rien contre un phénomène hystérique identique en apparence du temps de guerre ». Il fallait, en effet, proportionner cet effort thérapeutique aux nouvelles circonstances, l'intensifier, c'est ce que fit Clovis VINCENT qui s'attacha avec une patience et une tenacité admirables à guérir les fonctionnels de la IX<sup>e</sup> Région. C'est l'époque du fameux « torpillage » auquel ne résistaient guère simulateurs et pithiatiques. Il fallut à Clovis VINCENT une volonté de fer pour continuer son œuvre, et ce n'était pas sans danger. En effet, grâce à des racontars et aussi à une imbécile campagne de presse, le Centre Neurologique de Tours avait acquis parmi la troupe un sinistre renom. On y parlait rien moins que d'assassinats..., de pratiques d'une brutalité inouïe..., et quand du dehors on entendait les cris d'un pithiatique exaspéré, les gens disaient : « On vient encore de tuer un homme ». Et pourtant, ce fameux « torpillage » ne consistait que dans l'application durant quelques secondes d'un courant galvanique évidemment pénible à supporter, mais que Clovis VINCENT essayait toujours sur son bras avant de l'appliquer au malade, prouvant ainsi la bénignité du traitement. Le 21 juillet 1916, devant la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, il fit l'exposé de sa méthode et nous citerons quelques lignes

de son rapport, bien faites pour montrer une fois de plus l'influence considérable qu'eurent les idées de BABINSKI, — idées sans lesquelles l'hystérie de guerre eut pu prendre les allures d'un désastre en réduisant considérablement les effectifs de l'avant. « La méthode d'examen ne nous est nullement particulière, elle est celle qui nous a été enseignée par mes Maîtres en Neurologie ; elle est celle que BABINSKI a tant contribué à développer et qu'il perfectionne encore... La rééducation intensive n'est pas née, elle non plus, de toutes pièces au Centre Neurologique de la IX<sup>e</sup> Région, son premier temps est plus qu'en germe en la façon dont M. BABINSKI traite en temps de paix, comme en temps de guerre, les hystériques à l'Hôpital de la Pitié », et il donne ses résultats: Tous les hystériques réputés incurables depuis des mois, parfois presque deux ans, guérissent dans ses mains. 1 à 3% seulement sont réfractaires ; dans la IX<sup>e</sup> Région on ne voit presque plus de camptocormiques, ces cyphoses hystériques, ces plicaturés qui, dans les autres Centres, sont si nombreux, et que souvent on n'arrive pas à guérir. La réputation de l'Hôpital de Tours est si bien assise que son existence à elle seule est un moyen prophylactique contre l'apparition des accidents pithiatiques dans la région. Enfin, pour bien montrer l'importance de l'œuvre accomplie, il donne des chiffres : grâce au torpillage, 800 hommes, pour la seule IX<sup>e</sup> Région, reprennent annuellement leur place dans le rang, et comme il y a 21 Corps d'armée, c'est par conséquent 15 à 30.000 hommes par an que l'on pourrait rendre au pays si la méthode était systématisée,

et il ajoute : « N'est-ce donc rien que deux divisions d'infanterie ? ». Il donne ensuite la raison des attaques par lui injustement subies : « Si la méthode a ses avantages, pourquoi a-t-elle rencontré de si grandes résistances — il y a sans doute à ces résistances des raisons multiples ». Certaines surtout lui paraissent importantes ; à leur sujet, il dit seulement : « Certaines de ces raisons sont inavouables... » — mais par un sentiment bien explicable à l'époque où il parle, il se défend de développer sa pensée.

Ainsi, grâce à l'énergie de Clovis VINCENT, la méthode de BABINSKI reçut une nouvelle consécration, et le pouvoir de la persuasion dans les phénomènes hystériques purs, même tenaces, est de nouveau bien établi. Nous allons envisager maintenant la deuxième raison des attaques subies par la conception du pithiatisme.

2° *Certains syndromes organiques furent considérés à tort comme relevant du pithiatisme : les troubles nerveux d'ordre réflexe ou troubles physiopathiques.* La fameuse corbeille à papier de LASÈGUE servira toujours de déversoir facile aux observateurs que rebutent les nouveaux problèmes — et nous avons déjà montré que c'est la destinée de l'hystérie de se voir attribuer les syndromes qui ne rentrent pas dans les cadres classiques. Les troubles physiopathiques faillirent subir ce sort, mais BABINSKI veillait toujours et, assisté de M. FROMENT, il s'attacha à décrire le nouveau syndrome, le sépara du pithiatisme et lui donna, à son habitude, une séméiologie précise et indiscutable. Et en 1916, BABINSKI et FROMENT renflouent en quelque sorte, et cette fois, semble-t-il définitivement,

le pithiatisme qui semblait menacé : « Si l'opinion contraire (à ces thèses), dit BABINSKI, a été défendue, cela tient sans doute à ce que les traumatismes de guerre ont fait surgir une série d'accidents et, en particulier, les troubles nerveux d'ordre réflexe qui ont d'abord été mal interprétés et rattachés, faute d'une séméiologie précise, à l'hystérie, bien qu'ils en fussent absolument distincts — il s'est fait là une confusion analogue à celle qui avait consisté jadis à considérer comme hystériques des accidents liés à des lésions du système nerveux central, lorsque les signes caractéristiques de ces affections étaient encore mal déterminés. »

Les premiers observateurs furent, en effet, déroutés par l'apparition de faits singuliers : à la suite de blessures souvent minimes, on vit survenir des contractions, des hypotonies, des atrophies, des troubles sensitifs, subjectifs et objectifs occupant des territoires parfois éloignés du point d'application du traumatisme, siégeant souvent au-dessus de la lésion, et ne répondant à aucune distribution nerveuse ou radiculaire précise ; les nerfs et les vaisseaux n'étaient pas le plus souvent intéressés par la blessure — mais ce qui donne un cachet particulier à ce syndrome, c'est l'existence d'œdème, et surtout de troubles vaso-moteurs toujours importants, avec troubles sécrétoires, cyanose et hypothermie locale. Cette dernière se traduisant à la thermométrie par un refroidissement parfois considérable, pouvant aller jusqu'à 5° et 8°. Tous ces faits paraissent difficiles à classer, les uns les attribuent à des persistances d'attitudes vicieuses,

en font les conséquences d'une immobilisation prolongée ; pour les autres, c'est purement et simplement du pithiatisme, et les phénomènes d'un caractère objectif que l'on y rencontre pouvant gêner cette conclusion, on revient tout naturellement à l'enseignement de CHARCOT et l'on pense à nouveau que l'hystérie est capable de produire des œdèmes, de la cyanose et des atrophies primitives.

Parallèlement, en France et en Allemagne, BABINSKI et FROMENT d'une part, OPPENHEIM, d'autre part, se mettent à l'étude et il faut noter ce fait curieux qu'en raison des circonstances, aucune communication scientifique n'étant possible entre ces auteurs, leurs conclusions furent sensiblement identiques.

Tout d'abord, pourquoi penser au pithiatisme ? Ces nouveaux troubles n'ont pas le caractère contagieux des accidents hystériques, bien au contraire, ils surviennent de façon isolée, sporadique, éliminant toute idée de suggestion collective. Et puis, la persuasion la mieux conduite est sans action sur les symptômes que la rééducation, les massages et l'entraînement ne réussissent même pas toujours à améliorer ; on sait même des atrophies musculaires d'ailleurs survenues en dehors de toute immobilisation, que l'on a vu s'accroître par la mobilisation intensive. On avancera l'absence de réaction de dégénérescence, mais l'on sait bien que nombre de parésies pourtant organiques en sont également dépourvues. On dira également que les troubles ne répondent à aucune distribution nerveuse — mais est-on en droit de parler toujours d'hystérie dès que notre compréhension est en dé-

faut ?... Ce qu'il y a de certain, c'est que pour appartenir au pithiatisme, il manque à ces accidents un élément essentiel, c'est-à-dire l'efficacité de la suggestion et de la persuasion dans leur développement et leur guérison.

Voyons, au contraire, si l'on n'y rencontre pas un certain cachet d'objectivité qui permette d'établir leur organicité. Il suffit d'examiner un de ces blessés pour se rendre compte que les signes objectifs y sont largement représentés : atrophie, œdème, troubles sécrétoires, hypotonie, ce n'est pas encore assez, et pour ceux qui, là encore, veulent voir des manifestations de la névrose, MM. BABINSKI et FROMENT vont enrichir la séméiologie. Et, dès 1915, à la Société de Neurologie de Paris, ils apportent les résultats décisifs fournis par l'examen sous narcose chloroformique : pendant l'anesthésie d'un sujet, alors que toutes les fonctions motrices sont abolies et que la conscience est complètement disparue, les contractures persistent et leur retour précède de loin le réveil du malade. Mais l'étude des réflexes pendant le sommeil anesthésique est surtout particulièrement instructive : alors que du côté sain les réflexes tendineux sont normalement abolis, on assiste à une sorte de réactivation des réflexes du côté malade et, même dans des cas où il s'agissait d'un état de parésie flasque avec hyporéflexivité, on voit les réflexes s'exagérer et apparaître parfois du clonus de la rotule, une trépidation épileptoïde vraie.

Point n'est besoin de nous étendre plus longtemps sur ces travaux, nous y trouvons les marques d'une

organicité certaine et d'ailleurs n'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue à ce que JOHN HUNTER avait, dès 1839, observé, et qu'en 1886, décrivaient CHARCOT et VULPIAN comme consécutif à des lésions articulaires ou osseuses, et même à une simple gelure. La Guerre a ainsi permis le développement de faits autrefois connus, mais rares et dont l'étude avait été peu approfondie : les troubles nerveux d'ordre réflexe. A ces phénomènes de guerre étudiés par eux de façon définitive, BABINSKI et FROMENT donnent le nom de troubles physiopathiques pour mieux les opposer aux troubles dits psychopathiques, ou fonctionnels. Cette nouvelle appellation ne fut pas toujours comprise et certains contradicteurs, faute de bien saisir le sens des mots, trompés par une consonnance voisine, voulurent, dans ce terme même, trouver les preuves de l'origine psychique de l'affection.

Quel est le mécanisme de ces accidents ? CHARCOT et VULPIAN pensaient qu'ils étaient dûs à un retentissement sur le centre spinal dont les cellules étaient frappées de stupeur ou, au contraire, exaltées dans leur activité. Pour BABINSKI et FROMENT, y a-t-il réellement inhibition ou exaltation des centres ?... peut-être ; mais ce qui les frappe surtout, c'est l'importance des troubles vaso-moteurs et, étant donnés les liens qui unissent la surexcitabilité mécanique des muscles et l'hypothermie « il est permis de se demander si les désordres moteurs ne dépendent pas, au moins en partie, des désordres circulatoires et thermiques ». S'il en était ainsi, il faudrait attribuer au sympathique une participation plus ou moins importante dans la ge-

nèse de ces troubles réflexes, d'autant qu'ils ne sont pas sans analogie avec les causalgies de WEIR-MITCHELL dans lesquelles on connaît l'importance de l'atteinte sympathique. Et d'ailleurs, M. LERICHE a obtenu comme dans les causalgies, de beaux résultats chez les physiopathiques, en agissant sur le sympathique péri-artériel et en y combinant la chaleur, le massage et la rééducation.

Si MM. BABINSKI et FROMENT se sont élevés contre l'assimilation du physiopathique au pithiatique, ils savent néanmoins que l'association des deux syndromes est possible, et que, du fait de leur fréquente intrication, on pouvait avoir quelque peine à déterminer exactement leur part respective. Aussi dans la première édition de leur livre « Hystérie et Pithiatisme » ils consacrent un long paragraphe à ces associations hystéro-réflexes, ou hystéro-organiques. Mais ils contestent que ces troubles réflexes soient un simple pivot, un simple support, une fragile épine irritative sur laquelle viennent se greffer les accidents hystériques ; car, d'une part, les troubles physiopathiques peuvent exister seuls et, d'autre part, dans les cas d'association, ils existent souvent pour la part la plus importante. Nous voulons encore signaler ceci que parmi ceux admettant l'organicité des troubles réflexes, un bon nombre se plurent à considérer ces troubles comme bénins et fugaces, ne justifiant ni pension importante ni traitement prolongé à l'arrière. Là encore, l'avenir est venu justifier le bien fondé des prévisions de MM. BABINSKI et FROMENT concernant la ténacité de ces accidents : bon nombre de

troubles physiopathiques subsistent encore : tel le cas de cet ancien blessé observé par M. FROMENT, qui, en 1925, venait réclamer au Professeur TIXIER l'amputation d'un membre qui lui était à charge.

L'accord est fait depuis longtemps sur l'existence et la signification des troubles physiopathiques. Toutes les constatations que nous avons relatées ont été plusieurs fois confirmées en tous points, et notamment en 1924 encore par M. ALBERT, de Liège, qui a consacré un important travail sur les troubles vaso-moteurs d'origine traumatique. Cet auteur souligne la précocité des troubles vaso-moteurs réflexes, et de l'état méïopragique des muscles plus tard frappés d'atrophie — précocité qui, à son avis, ne permettait pas de mettre en cause le facteur immobilité. Et pour mieux montrer l'indépendance d'esprit dans laquelle se sont effectuées ses recherches sur les troubles nerveux d'ordre réflexe (à propos des expériences sur les modifications vaso-motrices et les variations oscilométriques sous l'influence des bains), M. ALBERT ajoute : « Ces résultats nous ont d'autant plus frappés que nous avons fait ces expériences du bain sans avoir pris connaissance des résultats de BABINSKI, FROMENT et HEITZ, et que nos résultats ont été sensiblement superposables aux leurs, nous n'avions donc pu nous laisser influencer par aucune idée préconçue ».



Cependant, l'éducation pathologique des hystériques s'est perfectionnée. Vivant en contact avec des organiques, ils devaient reproduire facilement, sinon

fidèlement, la main tombante des paralysies radiales, la griffe de la paralysie cubitale, de même les différentes attitudes de la sciatique. Il fallut encore, pour ces paralysies périphériques pourtant bien étudiées, trouver de nouveaux tests destinés à faire trébucher les fonctionnels — véritables tests de sincérité que la volonté ne puisse reproduire. Voici simplement énumérés les signes objectifs que M. FROMENT a fait connaître, et qui font partie maintenant de la séméiologie classique : le signe du journal dans la paralysie cubitale — le signe de la poignée de main, de l'écartement des doigts et celui de la tabatière anatomique dans la paralysie du radial — l'intégrité ou la paralysie des nerfs sciatiques poplités externe et interne, est vérifiée par le signe de la station à cloche-pied (FROMENT et GARDERE) — le signe de la flexion forcée des jambes et celui de l'accroupissement renseignent respectivement le premier sur l'état du sciatique poplité interne, le second sur l'état du crural — c'est encore le signe de la double nuque que M. FROMENT, en collaboration avec M. BONNET, donne comme caractéristique de la paralysie du trapèze. De plus, une minutieuse étude de la physiologie normale permet encore à M. FROMENT de juger du moindre déficit nerveux ou musculaire de la main : « A-t-on vraiment achevé l'examen d'une main tant que l'on n'a pas déterminé dans quelle mesure exacte le trouble observé va, ou non, perturber cet acte primordial qu'est la préhension ? » Et les troubles les plus subtils de la préhension sont mis en évidence, notions qui eurent pour résultat de fixer de la façon la plus utile la pro-

thèse dans les paralysies des nerfs périphériques, et de juger équitablement du taux d'incapacité entraînée par ces paralysies.

\*  
\*\*

Ainsi, le bon grain semé par le Maître de la Pitié ne cesse de germer et de porter des fruits. Grâce à son impulsion, la séméiologie s'est encore enrichie de nouveaux signes objectifs. Un nouveau syndrome prend place dans la pathologie nerveuse; plus nombreux s'élèvent les garde-fous, les barrières qui protègent le clinicien, ne le laissent pas livré à son seul flair, à ses seules impressions. Le pithiatisme de 1900 sort intact de l'épreuve de la guerre. Cette épreuve paraît définitive, et pourtant, à peine quelques années de calme et l'encéphalite, ses séquelles surtout, posent à nouveau le problème; ces syndromes nouveaux qui à peine ont encore un visage, fertile plus que tous autres en paradoxes, plus que tous autres pauvres en signes objectifs connus, vont devenir un nouveau champ de discussion pour ceux qui, dans le fond de leur cœur, restent encore fidèles à la vieille doctrine.

---



## DEUXIÈME PARTIE

---

### L'hystérie en face des états striés post-encéphalitiques

---



## Introduction

---

Nous pensons avoir assez montré par ce qui précède, qu'en développant sa conception de l'hystérie-pithiatisme, BABINSKI a définitivement établi que ce n'est pas en recherchant les stigmates ou autres signes hystériques, mais bien en cherchant les signes d'organicité, que l'on pouvait étayer avec quelque certitude un diagnostic neurologique. Mais, dans le domaine pathologique, il faut avant toute chose qu'une maladie existe, qu'elle ait une individualité suffisamment affirmée pour qu'on en puisse décrire les signes — ce qui a pu être fait pour de nombreuses maladies nerveuses, et en particulier de façon magistrale et définitive pour tout ce qui concerne l'atteinte des voies pyramidales, ce qui fut fait, le moment venu, pour les troubles nerveux d'ordre réflexe, ne pouvait pas l'être pour l'atteinte d'autres voies et d'autres appareils qui, jusqu'alors, n'avaient pas encore eu d'expression clinique précise. On conçoit aisément que l'on se trouve singulièrement démuné en présence d'un syndrome nouveau dont on n'a pas encore pu dégager les signes d'organicité — c'est ce qui s'est passé pour les syndromes striés.

L'encéphalite, en effet, a fait surgir toute une série de troubles nerveux à allure étrange, paradoxale ; joints à d'autres à séméiologie mieux connue : les états parkinsoniens et d'acquisition plus récente : la *dysbasia lordotica* prise encore à son origine par ZIEHEN, en 1910, pour un spasme hystérique. Mais ces derniers états, dont l'organicité a été démontrée par la constatation de lésions indiscutables qui leur ont valu la dénomination d'états striés, présentaient eux-mêmes des particularités assez paradoxales que l'on s'était contenté de noter, sur lesquels on s'étendait avec complaisance sans voir si ces prétendus paradoxes n'étaient pas fonction de quelque déterminisme physiologique particulier. Si l'on connaissait bien l'allure et l'évolution de ces états, on ne possédait pas encore de séméiologie objective nette permettant d'en dépister les formes frustes — c'est pourquoi cette connaissance imparfaite ne fut pas, le moment venu, d'une contribution importante à l'étude des limites de l'hystérie et de cette organicité nouvelle devenue un important chapitre de la neurologie : les états striés.

C'est sans doute ce qui explique que dès après l'épidémie d'encéphalite, on ait à nouveau posé le problème ; les uns parlant d'hystérie, les autres, avec MARINESCO et RADOVICI, d'états hystéroïdes, ce qui ne serait rien, mais allant plus loin, ce qui est grave : assimilant dans leur expression et dans leur cause ces états hystéroïdes post-encéphalitiques et l'hystérie elle-même. Cette idée soutenue devant la Société Neurologique de Paris à plusieurs reprises, mais récemment encore en juin 1930, a amené de vives rispostes

de nombre de neurologistes qui estiment que la conclusion du pithiatisme ne doit être en rien modifiée.

Notre intention est de montrer d'abord ce qui, dans les syndromes striés, a pu évoquer le souvenir de l'hystérie puis, après un court exposé des idées nouvelles, nous tâcherons de prouver à la fois, et leur mal fondé et le danger que comporterait l'établissement de ces conceptions — nous reposerons enfin le problème sur ce que nous croyons être son véritable plan, nous verrons d'abord si ces aspects qui nous ont paru primitivement étranges, méritent véritablement l'épithète de paradoxaux ; puis, persuadé que ce problème ne pourra être résolu que le jour où l'on disposera pour les états striés d'un arsenal de signes objectifs bien étudiés établissant entre eux une démarcation aussi nette que celle existant entre l'hystérie et les lésions pyramidales par exemple ; force nous sera donc de suivre l'évolution de la neurologie dans ses acquisitions nouvelles, de faire le bilan des signes objectifs nouveaux et, sans prétendre donner à cette question tout le développement qu'elle comporte (tous ces signes ayant été étudiés ailleurs), nous voulons en tirer la leçon et montrer qu'après 30 années d'existence, la conception du pithiatisme reste non seulement intacte, mais renforcée encore par les nouveaux obstacles qu'elle a dû surmonter.

---



## Ce qui dans les syndromes striés a pu évoquer le souvenir de l'hystérie

---

Notre but n'est pas, dans ce chapitre, de faire une étude détaillée des séquelles de l'encéphalite et des états striés en général. Nous n'avons nullement l'intention d'être complet ; parmi d'aussi multiples syndromes, nous choisirons intentionnellement ceux qui nous paraissent le mieux devoir montrer certaines analogies avec l'hystérie, ceux dont l'aspect est au premier abord le plus paradoxal — car c'est une forme courante de l'état d'esprit médical que le paradoxe conduit toujours à l'idée de la névrose ; cette mentalité simplifiant singulièrement notre tâche et masquant souvent notre ignorance. Nous envisagerons successivement : la maladie de PARKINSON, le spasme de torsion, les syndromes excito-moteurs post-encéphalytiques, nous arrêtant tout particulièrement sur les spasmes oculogyres puisque c'est surtout à leur endroit que s'est édifiée la thèse des états hystéroïdes. Enfin, nous étudierons à propos de chacun de ces troubles le rôle des influences psychogènes.

LA MALADIE DE PARKINSON. — Déjà, en 1817, Sir James PARKINSON avait remarqué ce fait curieux chez

le parkinsonien que « dans certains cas il lui devient tout à fait nécessaire de substituer la course à la marche car, sans cela le malade, au bout de quelques pas, tomberait inévitablement ». Dans un autre cas, « un homme était absolument incapable de marcher, son corps était si courbé, et sa tête si fortement fléchie qu'il était obligé de courir continuellement ». Un autre de ses malades ne pouvait marcher que soutenu par un domestique. Lorsqu'il voulait partir au pas de course, « il donnait le mot d'ordre à son domestique qui s'écartait et courait devant, prêt, au bout d'une vingtaine de pas, à recevoir son maître et à empêcher sa chute ». A ces phénomènes, Frédérik TILNEY donne, en 1911, le nom de progression métadromique. SOUQUES, à la réunion de neurologie de 1921, consacrée au parkinsonisme, cite plusieurs exemples de ces faits pour lesquels il consacre définitivement le terme de « kinésie paradoxale » — il en cite plusieurs exemples : un malade qui ne pouvait que péniblement marcher, pouvait parfois courir et sauter des obstacles — un autre, incapable de se tenir debout et de faire un seul pas sans être soutenu par deux aides, qui soudain entraînant ceux-ci, monte quatre à quatre ses escaliers ; tel aussi ce malade de BABINSKI, véritable loque depuis 20 ans, qui, brusquement, se lève, danse et chante. Nous avons maintes fois assisté à des spectacles aussi surprenants dans le service de notre Maître le Professeur FROMENT. Nous nous rappelons ce jeune homme tremblant, replié sur lui-même, qui, au grand étonnement des stagiaires, « piquait un cent mètres » que bien peu eussent pu

effectuer avec cette rapidité. D'ailleurs, bien avant le médecin, l'entourage a été frappé de ces contradictions : intégrité de la course rapide, du saut, de la nage en eau tiède, de la course à bicyclette — bizarreries que parfois la famille du malade n'est pas loin de trouver suspectes chez un sujet devenu incapable de se rendre utile au champ ou à l'atelier. De ces kinésies paradoxales il faut rapprocher les pulsions classiques et aussi les crises de parler rapide avec stéréotypie verbale décrite par HENRY CLAUDE sous le nom de tachyphémie stéréotypique. Les crises de parler rapide chez des sujets à parole lente, basse, monotone, parfois palilalique, ne sont pas rares. Rappelons ce sujet de SOUQUES qui, souvent capable de parler avec aisance et rapidité, fait appeler son notaire... Celui-ci dut repartir au bout d'une heure sans avoir pu obtenir un mot.

Nous ne nous attarderons pas plus longtemps sur la maladie de PARKINSON. Tous ces faits sont bien connus, il suffisait de les rappeler ici, et d'ailleurs, de par leur constance, de par leur similitude chez tous les sujets, ils possèdent, malgré leurs apparences contradictoires, une véritable objectivité et, pourrait-on dire, dans le parkinson, c'est l'absence même de ces paradoxes qui serait paradoxale.

LA DYSBASIA LORDOTICA, SPASME DE TORSION. — C'est au contraire une maladie plus rare, moins bien connue et plus curieuse encore. De toutes, c'est l'affection la plus fertile en paradoxes; ce furent ces paradoxes mêmes qui frappèrent les premiers observateurs: en 1908, WALTER SCHVALBE, dans une thèse inspirée par

ZIEHEN, publie les trois premiers cas de spasmes de torsion, donnant pour titre à son travail : « Un spasme avec contracture tonique spéciale et symptôme hystérique. » Dès 1911, OPPENHEIM entrevoit la nature organique de la maladie pour laquelle il propose l'appellation de : « *Dystonia musculorum deformans* » ou de « *Dysbasia lordotica* ». OTTO MAAS, en 1918, apparente cette affection au groupe pseudo-sclérose et maladie de Wilson, y notant aussi certains signes propres à la paralysie agigante, et notamment un tremblement de type parkinsonien. Cette même année, l'organicité du syndrome est définitivement établie à la suite de la première vérification anatomo-pathologique pratiquée par THOMALA.

La maladie se manifeste essentiellement par des mouvements involontaires dont les plus caractéristiques, les torsions, seraient de nature spasmodique (nous verrons ce qu'il faut penser de cette interprétation), ces torsions entraînant l'apparition d'une lordoscoliose et des troubles de la marche.

Ces troubles de la marche paraissent au premier abord des plus fantaisistes et des moins compréhensibles ; en 1925, nous avons l'honneur d'être l'externe de M. le Professeur ROQUES, notre Maître, M. FROMENT, fit à la clinique un cours sur les spasmes de torsion ; la matière en était particulièrement aride pour de jeunes étudiants, et pourtant, l'heure nous parut brève grâce à la présentation de deux cas authentiques de *Dysbasia* — ce fut une véritable séance récréative, et nous garderons longtemps le souvenir de l'impression de clownerie que nous donnèrent ces

deux automates dont les attitudes outrées et contorsionnées comme à dessein déclenchaient inévitablement le rire d'un jeune auditoire.

Voyons d'abord l'attitude et la marche de ces malades. Au repos et debout, la colonne vertébrale est le siège d'une lordo-scoliose intense. Mais la lordose prédomine généralement sur la scoliose. La partie supérieure du tronc est renversée en arrière, l'abdomen est proéminent — souvent la région fessière saille fortement en arrière, le bassin s'incline tantôt à droite, tantôt à gauche. Commande-t-on au malade de marcher, immédiatement apparaissent les phénomènes auxquels on a cru pouvoir donner le nom de spasmes d'action : le tronc se renverse aussitôt plus fortement en arrière, restant toujours en lordose, mais celle-ci prend alors un caractère de mobilité bien particulier : elle se modifie sans cesse et de façon rythmique, le tronc oscillant d'avant en arrière et d'arrière en avant, suivant un rythme synchrone aux différents temps du pas. Les membres inférieurs donnent aussi l'impression de mécanique déréglée : la jambe en extension forcée parfois comme tordue sur la cuisse, en dedans ou en dehors, est brusquement lancée en avant en même temps que le thorax se tord sur son axe, — le malade, lorsqu'il marche, frappe le sol à grands coups de talon. Les membres supérieurs également se tordent sur leur axe ; ils sont animés de mouvements à allure spasmodique qui les amènent, soit en avant, soit en arrière du corps, et les font se heurter. C'est toujours un tableau similaire que les auteurs rapportent dans leurs descrip-

tions. Ils emploient pour qualifier la marche de leur malade, les épithètes les plus variées : démarche maniérée, dansante, traînante, grotesque.

Mais plus encore que cette démarche bizarre, paraissent incompréhensibles de surprenants paradoxes : le malade est-il couché, tous ses spasmes et ses mouvements de torsion disparaissent ; la lordo-scoliose, pourtant si marquée dans la marche devient souvent inexistante. Surtout, certains modes de progression sont compatibles avec une attitude normale : dans la course, le tronc tend à se redresser ; dans la marche à reculons, la lordose peut disparaître complètement et, en tout cas, s'atténuer toujours dans d'énormes proportions — la marche à cloche-pied rappelle celle de l'individu normal. Le saut s'exécute normalement — la marche en tirant ou poussant un objet lourd, une charrette, ou une table d'opération, fait disparaître la déformation et les mouvements — de même l'ascension et la descente des escaliers quatre à quatre, la marche en portant une charge sur les épaules, sont parfaitement normales ; ainsi, le jour que notre Maître présenta ses malades à la Clinique du Professeur ROQUES, ceux-ci purent regagner leur salle, l'un portant l'autre, et traverser les couloirs et escaliers de l'Hôtel-Dieu sans subir les contorsions habituelles. Enfin, la danse, la course à bicyclette, la natation s'accomplissent le plus souvent le mieux du monde.

Tout cela ne prête-t-il pas à réflexion ? Et l'on conçoit le septicisme qui accueillit parfois ces présentations dans les Sociétés savantes et aussi que l'hypo-

thèse de troubles fonctionnels fut sérieusement envisagée, du moins dans les débuts de l'affection, par des neurologistes avertis, en face de pareils cas, d'autant qu'à ce moment, ne s'adressant qu'aux signes pyramidaux, et n'en trouvant point, on était conduit inévitablement à discuter les camptocormies et certaines astasies-abasies trépidantes qui se déclenchent justement quand on fait se lever le malade. L'on conçoit par exemple l'erreur du Docteur A. MARIE, de Villejuif, qui, en 1922, fit le diagnostic de camptocormie sur un malade dont l'évolution ultérieure prouva qu'il était indubitablement atteint de spasme de torsion.

LE SYNDROME EXCITO-MOTEUR POST-ENCÉPHALITIQUE.  
— Il y a quelque trente ans, tous les faits que nous allons brièvement exposer étaient pour la plupart rangés dans la catégorie des troubles fonctionnels. Pour certains d'entre eux : *les mouvements rythmiques* ; CHARCOT, avec son autorité, semblait les avoir écartés pour toujours de l'organicité lorsqu'il écrivait cette phrase que nous avons retenue : « Rythme et cadence voilà un caractère propre à nombre de phénomènes hystériques... Je crois bien que tout bâillement se reproduisant à intervalle régulier est un phénomène hystérique ». Nous n'avons cependant pas oublié non plus qu'en 1900-1901, BABINSKI soutint le premier la nature organique de certains au moins, les torticolis dits mentaux, et qu'en 1905, il insistait sur la nature organique de la chorée de SYDENHAM, en s'appuyant sur les signes de lésions pyramidales trouvées chez les choréiques. L'étude des syndromes post-

encéphalitiques apporte aujourd'hui une preuve éclatante de ces premières constatations.

LES MOUVEMENTS CHORÉIQUES. — Les grands mouvements rapides, arythmiques et désordonnés, ressortissant de la chorée vraie, ne nous arrêteront pas ici. On savait déjà l'origine organique de certaines de ces manifestations. Plus frappants sont les *mouvements choréiques, rythmiques*, ou pseudo-chorée; ce sont des mouvements rythmiques involontaires, particuliers des membres du cou, du tronc, qui miment le plus souvent un geste coordonné. Mlle Gabrielle LÉVY, dans sa thèse, leur donne, avec Pierre MARIE, le nom de *bradycinésies*; siégeant au niveau du cou, ils se rapprochent du torticolis spasmodique dont ils ont même parfois le geste antagoniste. A propos des « bradycinésies » des membres, Mlle LÉVY donne en exemple une malade qui présentait une élévation du bras fléchi jusqu'à l'horizontal, avec un mouvement synchrone de flexion de la cuisse, et de relèvement du bout du pied, cet ensemble se produisant au rythme régulier de 40 à la minute, évoque bien l'aspect d'un polichinelle dont on tirerait les ficelles d'un seul côté, Généralisées, ces « bradycinésies » ont l'aspect de mouvements des membres, très lents, très amples, d'apparence ondulante, rappelant des mouvements athétosiques diffus absolument rythmiques; au niveau du tronc, elles provoquent des flexions en avant et en arrière, avec torsion latérale, accompagnée parfois de rejets brusques de la tête en avant et en arrière — attitude que l'on retrouve évidemment dans les épidémies dansantes de chorée rythmée, autrefois diffé-

renciée de la chorée de SYDENHAM sous le nom de choréa-major. Un malade, lorsqu'il marchait, semblait rythmiquement se baisser pour ramasser un objet sur le sol (Mlle G. LÉVY). Nous avons noté chez un malade observé dans le service de M. FROMENT une bradycinésie isolée de la main gauche se produisant au rythme lent de 20 à 30 à la minute, et semblable à un mouvement de vrille — chez ce même malade existait un mouvement rythmique et lent d'abaissement de la mâchoire, semblable à un *bâillement*. Ces bâillements ont été signalés d'ailleurs par de nombreux auteurs. Dans un cas rapporté, il se produisit même une luxation du maxillaire inférieur. On note aussi des tremblements permanents de la mâchoire avec claquements de dents — des mouvements de trombone de la langue (si forts dans un cas, qu'il fallait la saisir énergiquement entre deux doigts pour l'examiner) — des mouvements de lèvres semblables à ceux d'un lapin — chez une malade, ces phénomènes s'accompagnaient d'un trismus si intense qu'il fallut longtemps l'alimenter à la sonde.

Quant aux MYOCLONIES, si fréquentes dans l'encéphalite, elles étaient signalées autrefois ; on les retrouve dans la chorée électrique de DUBINI où son organicité était signée par une évolution particulièrement grave (épidémie lombarde de 1846). Mais elles appartenaient aussi à plusieurs syndromes fonctionnels tels que le paramyoclonus de FRIEDREICH que SCHULTZE pensait devoir faire rentrer dans la simulation, un cas ayant été guéri par lui en 3 séances de galvanisation — il croit difficile, mais possible, de

produire ces secousses volontairement. FRIEDREICH croit fermement à la névrose et MÆBIUS, en 1888, s'indigne même des hésitations de ses collègues, « je ne vois pas pourquoi, dit-il, les auteurs se donnent tant de peine pour séparer le paramyoclonus de l'hystérie ». Le paramyoclonus hystérique était né. On conçoit aisément ce qu'était à cette époque le diagnostic de ces manifestations. En 1907, M. le Professeur PIC constatait encore : « S'il est un groupe obscur en nomenclature c'est assurément celui des myoclonies qui comprend des faits de pure névrose, des manifestations myopathiques, des symptômes d'origine centrale ». Certes, aujourd'hui, les circonstances d'apparition garantissent l'authenticité du phénomène ; mais comme la période aiguë peut passer inaperçue, que, dans un certain nombre de cas, ces troubles peuvent être isolés, là encore, il importera de dégager nettement les caractères particuliers du syndrome qui le différencieront d'autres sensiblement analogues, mais fonctionnels.

LES TROUBLES RESPIRATOIRES. — L'encéphalite, à sa période d'invasion surtout, présente souvent parmi ses symptômes, des crises de *hoquet* et, devant ces phénomènes, on se rappelle inévitablement, les anciennes épidémies de hoquet hystérique. Nous verrons en étudiant les signes objectifs de l'encéphalite, que Clovis VINCENT a démontré la nature organique de ce trouble duquel nous pouvons également rapprocher les troubles respiratoires où, par crises, surviennent des *variations importantes du rythme*, soit accéléré, soit le plus souvent ralenti jusqu'à 6 parfois à

la minute. Au cours de ces bradypnées, on note parfois à la fin de l'inspiration, une sorte d'état spasmodique qui interrompt l'acte respiratoire pendant quelques secondes. L'expiration est parfois bruyante, soufflante « comme si le sujet voulait éteindre une bougie par le nez » (BABINSKI); comme ces troubles respiratoires peuvent exister concurremment avec des crises de tachycardie, on peut donc supposer que parmi tant d'autres localisations, la région bulbaire, et notamment le noyau du pneumogastrique, ne sont pas indemnes.

Non moins curieux et qui permettent souvent mal d'écarter le soupçon de supercherie, sont les cas de mutisme de *dysarthrie post-encéphalitique* telle cette malade de WIMMER, dysarthrique, qui fut parfois surprise bavardant avec l'infirmière, et qui, rêvant tout haut, prononçait parfaitement. HIGIER cite le cas d'un chanteur parkinsonien avancé qui, malgré des troubles très prononcés de la respiration, de la phonation et de l'articulation, pouvait diriger un chœur de douze personnes et chanter lui-même en solo. Dans le même article, on trouve encore l'histoire d'une malade atteinte de *mutisme* qui, au moment du réveil matinal, prononçait tout et à voix haute. Signalons également de façon un peu arbitraire dans ce paragraphe, ces cas curieux d'*onirisme actif* sur lesquels a insisté M. FROMENT. De ses publications, nous extrayons quelques exemples : ce sont parfois de véritables accès de somnambulisme : une nuit, une malade mit littéralement sa chambre sans dessus-dessous. Une autre, frappée de véritables attaques cataplectiques, se met un soir

à déménager des armoires. Chez d'autres, il se produit au travail, à table, ou même en marchant, une sorte d'engourdissement, un état intermédiaire entre le sommeil et le rêve, véritable rêve éveillé : un sujet fut surpris déchirant les pages d'un livre ; une autre fois, la même malade s'apprêtait à découper un entre-deux de dentelle. M. FROMENT cite également le cas d'une encéphalitique par ailleurs psychiquement normale et désolée de son état, qui fut surprise alors qu'elle découpait tranquillement des billets de banque... pour le coup, ne parlons plus d'analogie, car, quelque complaisance qu'on y mette, un pareil procédé n'est certes pas le fait d'une hystérique...

LES SPASMES OCULOGYRES. — Au Congrès de Neurologie des 3 et 4 juin 1931, BARRÉ et VELTER décrivent dans les séquelles d'encéphalite des troubles de la convergence qu'ils expliquent par la rigidité des oculomoteurs, semblable à la rigidité des groupes moteurs de la face, du cou, du tronc ou des membres. Mais ils ne mentionnent pas encore de phénomènes se rapportant aux spasmes oculaires. C'est seulement en 1922 que Mlle LÉVY décrit la première « des crises cloniques du globe oculaire et de la paupière supérieure ». Voici comment elle décrit ces crises : « Brusquement la malade éprouve une sensation de tiraillement dans les yeux en même temps que les deux globes sont brusquement réversés sous la paupière supérieure, et de violentes secousses nystagmiques verticales les projettent rythmiquement de bas en haut ». Mais les observations en sont encore rares. MALGA-

LHAES-LEMOIS, en 1924, décrit le même phénomène sous le nom de déviation conjuguée de la tête et des yeux; pour cet auteur, c'est une hypertonie qui, comme les autres, doit avoir son origine dans une lésion du corps strié, et plus spécialement du striatum. En février 1925, M. BÉRIEL cite 3 cas de convulsions oculaires observés par lui. Ce même mois, et cette même année, MARINESCO, RADOVICI et DRANAGESCO, à l'occasion de 5 nouvelles observations, publient une étude détaillée du syndrome qui nous occupe. Depuis ce moment, on ne compte plus les cas de ce genre et il apparaît que c'est une manifestation fréquente dans les séquelles post-encéphalitiques. Nous avons eu l'occasion d'observer ces phénomènes à plusieurs reprises chez une malade de M. FROMENT. Voici comment se présentent les sujets pendant leurs crises: les paupières sont largement ouvertes, fixes, sans clignement — les globes oculaires sont réversés sous la paupière supérieure, verticaux ou déviés à droite ou à gauche, animés parfois de secousses nystagmiques — parfois aussi les paupières battent rythmiquement et de façon synchrone aux secousses des globes; ces crises peuvent durer quelques minutes ou plusieurs heures, elles peuvent être isolées ou coïncider avec d'autres spasmes localisés: un torticolis, une contracture d'un bras; faire même partie d'un spasme généralisé: toute la musculature participant à cette hypertonie, le corps restant enraidie à la façon d'une statue. Chez une malade de WIMMER, cet état s'accompagne d'accès de bâillements; chez une autre, c'était souvent le début d'une rechute de somnolence — les

auteurs signalent d'ailleurs le demi-état de rêve dans lequel se trouvent souvent les sujets; déjà Mlle LÉVY insistait sur ce fait à propos de plusieurs malades qui « laissent pointer le bout de leur langue entre leurs arcades dentaires, ce qui achève de donner à la face cet aspect de somnolence et d'immobilité qui la caractérise ».

Ces crises par ailleurs ne sont pas sans désagrément pour les malades qui en sont atteints : les jours précédant l'accès, on voit parfois se manifester un certain état d'inquiétude, d'agitation, d'instabilité — l'impulsion au suicide a été signalée plusieurs fois, la crise elle-même peut s'accompagner d'un état d'angoisse extrême, d'épouvante, de peur de devenir aveugle ; des symptômes, simplement pénibles ou douloureux, sont quelquefois accusés, certains malades ayant jusqu'à l'impression qu'on leur arrache les yeux.

RÔLE DES INFLUENCES PSYCHOGÈNES SUR LES MANIFESTATIONS POST-ENCÉPHALITIQUES. — Ce point présente à notre vue une importance capitale. La répercussion qu'ont sur la rigidité parkinsonienne l'orientation de la pensée et de l'attention, ont été minutieusement étudiées par M. FROMENT, et nous y reviendrons plus longuement lorsque nous étudierons l'objectivité des états striés. Mais disons de suite que, d'emblée, notre Maître se mit à l'abri d'objections qui tendraient à arguer de ces faits en faveur de l'origine pithiatique de certains symptômes: « quelques difficultés que cette notion oppose aux recherches neurologiques, force est bien d'admettre que les troubles organiques

du système nerveux se réfèrent à deux ordres de faits différents : si les uns semblent plus ou moins à l'abri de toute répercutivité psychique, il en est d'autres qui ne le sont pas, l'étude des troubles sympathiques suffirait à nous l'apprendre si la rigidité parkinsonienne n'était pas là ».

L'émotion, la surprise, exagèrent le tremblement du parkinsonien, ainsi que sa rigidité. Au contraire, par un effort de volonté, le malade peut atténuer ces troubles mais ne nous y trompons pas, il ne les fait pas disparaître; qui ne s'aperçoit alors que ces réactions sont exactement à l'opposé de ce qui se passe chez le pithiatique ? Les mêmes influences sont notées pour les divers mouvements spasmodiques, rythmés ou non que nous avons envisagés; Mlle LÉVY note que lorsque les spasmes ont disparu au repos, la moindre émotion les fait reparaître. Chez un sujet, le spasme survenait dès qu'un étranger rentrait dans la salle des consultations. Chez un autre, le même résultat était obtenu simplement en lui adressant la parole. La fatigue augmente les spasmes, le sommeil les abolit. KREBS fait les mêmes remarques. CROUZON et DUCAS, chez un malade présentant des mouvements de salutations rythmiques de la tête, notent qu'au début de l'examen le malade intimidé n'arrive pas à arrêter ces mouvements, mais que, peu à peu, prenant plus d'assurance, il les arrête par volonté pendant un temps. Des malades de BABINSKI et CHARPENTIER, atteints de troubles respiratoires, pouvaient, par un effort de volonté, réduire ces troubles pendant un laps de temps assez court, et pendant le sommeil la res-

piration était toujours normale. Ces auteurs disent pouvoir faire cesser ces spasmes respiratoires en fardisant la région cervicale, et même en appliquant les tampons sans faire passer le courant. C'est aussi l'opinion de BÉRIEL et de SOUQUES. Ce dernier cite l'observation curieuse d'une jeune fille prise de divagations avec troubles respiratoires, accompagnés de secousses de toux, « qui la faisaient aboyer comme un chien ». Un interne, frappé par l'apparence névropathique de ces phénomènes, intime à la malade l'ordre de respirer normalement ; elle le fait aussitôt, et pourtant une encéphalite évolua avec une gravité exceptionnelle ; néanmoins, ajoute SOUQUES, l'erreur de diagnostic eût été bien excusable. En réalité, il n'y a là rien d'exceptionnel et il n'est même pas nécessaire d'invoquer le souvenir de l'hystérie ; on sait suffisamment l'influence de la volonté, de l'émotion, sur le rythme respiratoire et, en général, depuis qu'on connaît mieux l'importance du système neuro-végétatif, les phénomènes de répercussivité psychique sur la plupart des affections organiques.

*Tous ces phénomènes sont d'ailleurs plus marqués encore au sujet des spasmes oculogyres.* Ces spasmes sont, en effet, particulièrement sensibles aux influences psychiques, et c'est surtout à leur endroit que ces influences ont été bien étudiées. Mais l'importance des facteurs endogènes ou exogènes dans la production et l'évolution des spasmes, fut différemment jugée suivant les auteurs. Tous sont d'accord pour admettre que par un effort de volonté, les malades peuvent atténuer la déviation « si on commande de fermer les

yeux, le malade le fait, mais incomplètement (Gabrielle Lévy). Les efforts des malades (facilités parfois par certaines positions du corps, par exemple le decubitus dorsal) peuvent par instant ramener les globes dans une position normale, mais très rapidement la position pathologique s'installe à nouveau par saccades (BÉRIEL) ». Ces influences psychiques sont signalées par M. FROMENT: dans un de ses cas, l'émotion provoquait facilement le spasme, un autre le corrigeait au moyen de la lecture, s'arrêtait-il de lire, aussitôt reprenait la déviation des yeux.

Mais plusieurs auteurs semblent attribuer à cette psychothérapie une influence beaucoup plus considérable sur les crises de déviations oculaires, nous voulons parler notamment de MARINESCO et RADOVICI, de Bucarest. Ces auteurs, lorsqu'ils présentèrent à la Réunion de Neurologie de février 1925 leurs 5 premières observations de déviation conjuguée, parlent bien d'un « certain degré de contagion mentale », mais, ajoutent-ils, « malgré l'aspect suggestionnable de ces malades, l'injection d'eau distillée utilisée comme moyen de suggestion armée, fut sans effet sur le spasme ». En 1926, leurs constatations sont très différentes, « les accès de déviation peuvent être provoqués chez les malades par la fixation prolongée d'un objet, l'évocation d'un souvenir triste, l'hyperpnée — disparaître par la persuasion raisonnée, la faradisation ou une suggestion armée telle que l'injection d'eau distillée ou de strychnine ». Il faut, à leur avis, fort peu de choses pour agir sur la production ou la cessation des spasmes, « nous n'avons pas employé la

rééducation intensive de Clovis VINCENT, puisque nous avons obtenu des résultats par une méthode beaucoup plus douce ». Mais ils ajoutent surtout ceci sur quoi nous reviendrons plus tard, « on ne peut parler dans ces cas de la fixation des bons résultats obtenus parce que d'habitude les accès réapparaissent au bout de quelques jours ». A propos d'une variété spéciale de paraplégie spasmodique familiale dans laquelle existent des spasmes semblables à ceux rencontrés dans l'encéphalite, MARINESCO fait les mêmes constatations. Chez une malade de WIMMER, les accès sont parfois **supprimés** par une injection d'eau pure. René DELBEKE et Ludo van BOGAERT signalent également le rôle des influences psychiques sur la naissance, la répétition et parfois l'inhibition des crises : « Les crises oculogyres, disent-ils, offrent l'exemple d'un phénomène moteur authentiquement organique pouvant être induit, ou tout au moins réactivé par contagion psychique facilitée par des facteurs végétatifs et affectifs, et dont le déclenchement peut être temporairement, et chez certains malades, mis en échec par la volonté. Les différents procédés de suggestion ont été employés par eux, depuis la suggestion banale jusqu'au procédé du cristal — gazing des hypnotiseurs de fortune, qui permet aisément de provoquer chez une malade tantôt la crise, et tantôt un état d'hypnose au cours de laquelle il est aisé de provoquer l'accès. Remarquons que l'hypnose ne leur a pas permis de suspendre cet accès. Ces mêmes auteurs signalent un cas de crise par contagion chez une malade n'en ayant jamais présenté. Cette même expérience est prati-

quée par STERN, MARINESCO, puis par RADOVICI qui présente, en 1930, trois malades ayant acquis dans son service le syndrome oculogyre par imitation pure.

Ces constatations ne sont pas admises par tous les auteurs. NOÏCA, de Bucarest, s'inscrit nettement en faux contre l'importance accordée aux phénomènes de contagion, de suggestion, et de persuasion. Il va même jusqu'à nier leur existence en s'appuyant sur une expérimentation personnelle. Il affirme n'avoir jamais observé de contagion véritable : ayant réuni deux parkinsoniens atteints de déviation conjuguée, et quatre autres indemnes de manifestations oculaires, malgré un mois de contact, ces derniers ne furent pas contaminés. Toute autre suggestion, par exemple la pose de deux électrodes sur les tempes, furent sans effet dans le déclenchement des accès, « tout ceci a souvent provoqué le sourire des malades qui connaissaient ces crises, comme les ayant déjà eues ». La persuasion simple, ou renforcée par une injection d'eau distillée furent sans résultat sur l'évolution des crises, de même l'isolement, « il est vrai, dit-il, que si la crise n'est pas trop intense, on peut faire que le malade change la direction du regard, mais les yeux ne peuvent rester dans cette position que tant que la volonté y est fortement appliquée » (NOÏCA). Que devons-nous conclure de ces différentes affirmations ? Si l'on analyse toutes les publications, il semble y avoir place pour un juste milieu, et il nous paraît que les divergences ne sont qu'apparentes. Quand il s'agit de suggestion, ou de persuasion, il est inutile de multiplier les

procédés. Ce que l'on peut obtenir avec l'eau distillée, la faradisation ou l'isolement, sera toujours identique, quel que soit le moyen mis en œuvre ; ces moyens ayant surtout pour résultat ici de renforcer la bonne volonté du sujet. Sur un point, tout le monde est d'accord : par un effort d'attention, les malades peuvent toujours un instant inhiber leurs spasmes. De plus, dans les publications les plus affirmatives, on lit toujours que les résultats sont variables, parfois nuls chez certains malades, et l'on retrouve ici le défaut même qui caractérise toute statistique : certains cas sont plus favorables que d'autres et, suivant les cas examinés, les résultats peuvent différer dans des proportions considérables. Enfin, et voici le point capital, nous ne croyons pas avoir vu une seule observation de guérison définitive, tous les auteurs signalent qu'il s'agit toujours de sédation transitoire, la persuasion n'empêchant pas le retour des accidents.

*Ramenant la question sur un plan plus général, on peut conclure, quant au rôle des influences psychogènes sur les différents troubles moteurs des états striés post-encéphalitiques : aux effets palliatifs, inconstants, momentanés, et le plus souvent très fugaces de la psychothérapie.*

\*\*\*

Nous voyons donc qu'à ne considérer que les apparences, et de façon superficielle, il semblait légitime de parler d'analogie entre les états striés et l'hystérie ; si l'on songe de plus à l'absence complète de tout signe de lésion organique connue du système ner-

veux, que l'un de ces différents syndromes peut être complètement isolé sans accompagnement d'aucun autre signe de la série encéphalitique, il suffisait dans ces circonstances que l'on crût vérifier une guérison rapide sous une influence apparemment psychique, pour que le diagnostic de névrose fût momentanément porté. De nombreux médecins pourraient avouer les erreurs de diagnostic qui leur sont survenues de ce fait, et que l'évolution ultérieure de la maladie, la découverte de nouveaux signes organiques de l'état strié infirmèrent dans la suite.

---



## La conception des états hystéroïdes

---

Dès l'apparition de l'encéphalite, et bientôt de ses séquelles dont nous venons de montrer brièvement les aspects étranges et parfois paradoxaux, il était naturel que l'on évoque le souvenir de l'hystérie. Néanmoins les adversaires du pithiatisme étaient instruits par l'expérience et l'enseignement encore récent de la guerre. L'éclatante confirmation que des hommes comme Clovis VINCENT venaient à peine d'apporter aux idées de BABINSKI, rendit les esprits méfiants, et ce ne fut que timidement que l'on tenta d'abord de mettre quelques-uns des nouveaux syndromes sur le compte de l'hystérie.

Le 22 novembre 1918, lorsqu'à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, Pierre MARIE présentait 10 cas de mouvements involontaires d'apparition rapide pouvant se rattacher à l'encéphalite, ces faits ne furent pas admis sans discussion : NETTER, tout en admettant que ces manifestations apparaissent souvent chez des convalescents d'encéphalite, discute la part possible de l'ébranlement nerveux provoqué par les incursions des gothas et des berthas chez des sujets prédisposés du fait de la maladie encéphalite — et en faveur de cette hypothèse, il invoque l'influence qu'au-

rait eu un demi-siècle auparavant le bombardement de 1870 sur le développement des paralysies agitantes à Strasbourg — et malgré l'affirmation autorisée de SOUQUES « qu'il ne saurait s'agir d'hystérie dans des cas de ce genre », MILIAN veut voir une part de pithiatisme chez ces malades qui, tous, dit-il, « paraissent obéir aux injonctions de la présentatrice », et dont tous les troubles sont nés à l'époque du bombardement et il s'appuie également sur l'absence impressionnante de signes objectifs chez ces divers sujets. En somme, de toutes ces raisons, celle qui paraissait la plus valable au gré des argumentateurs, nous semble à distance assez peu fondée. En effet, ce n'est pas à Paris seulement que furent observés ces nouveaux troubles moteurs, le reste de la France n'en fut pas indemne; et puis le bombardement coïncida aussi avec l'épidémie d'encéphalite elle-même, et il ne vint à l'idée de personne d'en faire un phénomène d'ordre émotif. Quant à l'absence de signes objectifs, l'avenir allait se charger d'en produire tout une floraison. Aussi bien, nous le répétons, les attaques furent timides et l'on ne s'arrêta pas longtemps à ces objections. Et deux ans plus tard, à la Réunion Neurologique annuelle des 3 et 4 juin 1921, consacrée au parkinsonisme, toute équivoque est dissipée. On ne parle plus de pithiatisme. SOUQUES, au cours de son rapport, insiste seulement sur les paradoxes et, après les avoir constatés, il ajoute : « Il est difficile de fournir l'explication de ces phénomènes ». Le seul point qui, au cours de cette réunion, rappelle le passé, c'est la discussion sur les causes du parkinsonisme et, en particu-

lier, sur le rôle des émotions. C'était autrefois presque un dogme, puisque POTAIN a pu dire que la paralysie agitante était une peur figée : « C'est faux, affirme SOUQUES, je suis convaincu que, dans tous les cas, l'émotion ne fait que révéler un tremblement antérieur, léger, fugace, plus ou moins latent, et passé inaperçu ; par un interrogatoire minutieux, on peut toujours se convaincre qu'il n'y a aucune relation de cause à effet entre l'émotion et la maladie ».

Ainsi donc, alors que les matériaux n'étaient pas encore accumulés en grand nombre (puisque VIGO CHRISTIANSEN pouvait dire que les doigts d'une de ses mains suffirait pour compter les cas incontestables de maladie de Parkinson vraie post-encéphalitique) et dès leur apparition, tous ces syndromes bizarres furent doués de l'organicité la plus authentique de par leur étiologie commune, de par leur évolution, et déjà de par les constatations anatomo-pathologiques. On put croire alors que les syndromes striés étaient définitivement séparés des syndromes fonctionnels pithiatiques. Mais le danger n'avait pas disparu, il allait seulement changer de visage, la discussion ne devait pas tarder à se rallumer sur un plan apparemment nouveau, et des théories, peut-être séduisantes, commencèrent bientôt à prendre jour, que nous allons maintenant exposer.



Quel fut, en deux mots, le point de départ de ces nouvelles théories : si l'on trouve dans un syndrome organique des caractères l'assimilant aux anciens

syndromes fonctionnels, pourquoi ne pas assimiler les effets et les causes, pourquoi refuser au pithiatisme le fondement anatomique que des constatations certaines nous obligent à mettre à la base des états striés ? Et de s'acharner à trouver, ou du moins à imaginer, une altération fonctionnelle ou peut-être même finement microscopique des centres sous-corticaux.

L'idée d'une conception anatomique ou physiologique de l'hystérie n'est pas chose nouvelle, n'oublions pas que pendant des siècles les conceptions d'HIPPOCRATE et de GALIEN firent force de loi, il n'y a pas si longtemps encore, on discutait de l'origine utérine de la grande crise. D'autre part, la théorie des polygones de GRASSET est encore dans l'esprit de tous, et dès 1911, M. le Professeur Jean LÉPINE écrivait : « Il y a des raisons de penser que tout état hystérique grave comporte parmi ses éléments pathogéniques une base organique ». Mais il ne s'agissait là que d'impressions et d'hypothèses — les auteurs ne songeaient nullement à appuyer leur dire sur des constatations anatomiques et cliniques objectives, n'entravant ainsi en rien l'action pratique des idées de BABINSKI. Aussi remarquable que la persistance à travers les âges de la maladie est la continuité, l'esprit de suite qui caractérise les tendances médicales à son sujet ; il y a donc là un phénomène particulier dans l'évolution des idées qui mérite qu'on s'y arrête. Par ailleurs, ce n'est pas là, pour nous, un but d'ordre simplement spéculatif ; c'est plutôt, nous semble-t-il, une nécessité, car la nouvelle conception d'abord timidement énoncée prend corps un peu plus chaque jour, quittant peu à peu le

domaine des hypothèses pour s'immiscer dans la réalité des faits, et voici déjà que de plusieurs côtés on prétend attribuer à l'hystérie des symptômes et des tests jusqu'à présent censés ne pouvoir être reproduits par la volonté. On voit de suite dans quelle voie vont nous conduire ces conceptions nouvelles ; il s'agit simplement de revenir 30 ans en arrière, et d'attribuer à nouveau à l'hystérie toute une symptomatologie objective dont les travaux de BABINSKI, après bien des luttes, l'avaient définitivement dépossédée. Il y a donc là un réel danger dont l'existence justifie le développement que nous allons donner à ces nouvelles théories.

\*\*\*

C'est seulement en 1926 que l'on commence à parler ouvertement de la conception d'états hystéroïdes. Les arguments qui furent présentés dans la *Revue Neurologique* du 4 février 1926, par MARINESCO et RADOVICI, ne varieront guère et seront désormais comme un leit motiv que ces auteurs et leurs élèves opposeront aux efforts de ceux dont le but est, au contraire, de séparer davantage chaque jour l'organique et le pithiatique. Néanmoins, 6 ans auparavant, on retrouve pour ainsi dire le germe de ces théories sous la plume d'Henri MEIGE, à la Réunion Neurologique du 26 mars 1920. Cet auteur conteste à la suggestion et à l'imitation un rôle exclusif dans le déterminisme des phénomènes moteurs hystériques ; pour lui, les gestes cadencés sont le témoignage d'un déficit cérébral, les fanatiques de la danse se comportent comme

des décérébrés, « le résultat est le même que certains centres moteurs mésocéphaliques soient anatomiquement séparés de l'écorce cérébrale frénatrice et régulatrice, ou que les centres régulateurs soient momentanément inhibés sous l'influence d'une idée dominante ». A propos de la crise hystérique, Henri MEIGE ne veut pas croire « que ce rite névropathique immuable (?) franchissant tous les obstacles de l'Histoire et de la Géographie ait pu se propager à travers les âges et à travers le monde par les seuls effets de la suggestion, de la simulation ou de l'imitation » et d'ajouter cette phrase que nous reproduisons, car elle sera souvent citée désormais comme référence par les défenseurs de la théorie des phénomènes hystéroïdes : « Il doit y avoir une loi qui explique l'identité de ces réactions physiques, éternelles et universelles ». Simples réflexions anodines, qui renferment en entier les prémices des idées que nous étudions ici.

Dans le journal *l'Encéphale*, de novembre 1925, sous forme de simple hypothèse, MARINESCO et RADOVICI pensent que l'insuffisance de l'influence du cortex sur le système pyramidal et les lésions du corps strié jouent un rôle essentiel dans la production des troubles pithiatiques. Mais c'est en 1926 que, sous la plume des mêmes auteurs, ces idées se précisent et, à propos des crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux, on peut lire : « On peut donc dire que les accès d'hypertonie se comportent comme les accidents pithiatiques, suivant la définition de BABINSKI ». Et cet argument nouveau semble corroborer l'idée antérieurement émise par CÉCILE et Oscar VOGT, SCHILDER

et JACOB, que : « Dans le mécanisme physiologique des troubles moteurs de l'hystérie intervient le striatum dont l'activité ne serait plus contrôlée par l'action régulatrice de l'écorce cérébrale » (C. et O. VOGT). En mai 1926, les mêmes auteurs disent expressément : « Il est probable que le même mécanisme cortico-nucléaire gouverne tous les phénomènes de suggestion, et que, dans l'hystérie, le fonctionnement sous-cortical exagéré se trouve de plus, comme dans le parkinsonisme, favorisé encore par les perturbations humorales ». Voici donc qu'apparaît, en plus des similitudes d'expression, la possibilité de perturbations organiques dans les phénomènes jusqu'alors considérés comme fonctionnels, et il ne faudra pas longtemps avant que ces théories soient définitivement complétées. Pour ce faire, ce n'est plus à la clinique ou à la physiologie que l'on s'adressera, mais en somme à l'imagination ; « donc (dans l'encéphalite et dans l'hystérie), les mêmes centres seraient atteints : dans un cas, véritables lésions, dans l'autre simple atteinte fonctionnelle, sans lésion microscopique, du moins par les colorations actuelles, peut-être simples modifications bio-chimiques ». MARINESCO et RADOVICI reviennent à la charge dans diverses publications. Ils sont suivis dans leurs idées par plusieurs neurologistes. Leurs élèves, d'abord DRAGANESCO, NICOLESCO, JORDANESCO, ce dernier, élève direct de MARINESCO, dans une thèse qui n'est que le fidèle reflet des théories de son Maître, écrit : « L'automatisme physiologique caractérisant la suggestibilité, l'altération fonctionnelle des centres nerveux végétatifs supérieurs, pourrait

expliquer les modifications vaso-motrices, et végétatives qui peuvent accompagner l'hystérie ». PAPASTRATIGAKIS, pour sa part, conclut : « Nous voyons donc que des manifestations cliniques de l'hystérie de l'adulte, les unes, les plus nombreuses, s'expliquent par un trouble des fonctions du système extra-pyramidal, les autres, moins nombreuses, peuvent s'expliquer par ce même trouble... Il ne serait pas étonnant que l'hystérie prenne place bientôt parmi ces syndromes (syndromes striés) comme cela est déjà arrivé pour ses anciennes compagnes : la chorée, la maladie de parkinson, la catatonie », et il ajoute encore : « De quelque côté que l'on envisage l'hystérie, on s'oriente toujours vers les syndromes extra-pyramidaux ». Auguste WIMMER, sur les constatations effectuées à propos des accès oculogyres, avoue son trouble : « En réalité, le diagnostic d'hystérie n'est pas à discuter, mais il est bizarre de voir la grande simulatrice, à son tour simulée par l'instabilité des manifestations d'une maladie organique ». A. ROUQUIER et R. DARRÉ constatent que le groupe des affections autrefois considérées comme névrosiques, c'est-à-dire sans substratum anatomique, diminue chaque jour à mesure que progressent nos connaissances et « on tend à expliquer par une lésion curable ou définitive des formations mésentéphaliques toutes sortes de symptômes dont l'origine paraissait jusqu'à ce jour hystérique, pithiatique ou fonctionnelle ». Cependant, en France, les neurologistes officiels n'attachèrent d'abord que peu d'importance à ces théories. Mais, le 26 octobre 1928, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, à

la suite d'une publication de TINEL, BARUK et LAMACHE, ayant pour titre : « Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée », ils se décidèrent à sortir de leur réserve devant le danger que leur parut dès lors comporter la complaisance avec laquelle on commençait à accueillir les idées nouvelles. Cette publication de TINEL, BARUK et LAMACHE concerne un cas d'hystérie indubitable, disent les auteurs, et dans lequel ils relèvent des phénomènes nettement organiques : sous forme de troubles du système végétatif, de morsures de la langue et d'émission d'urine pendant les crises, d'un spasme rétinien, d'élévation thermique, sous forme enfin d'une légère réaction méningée; et sur ces constatations TINEL émet des opinions le rapprochant des médecins de Bucarest : « Chez les hystériques à la perturbation des réactions psychiques s'associent presque toujours le déséquilibre et la perturbation des réactions physiologiques ». L'hystérie serait donc, dans une certaine mesure, capable de reproduire par ses troubles fonctionnels momentanés, et probablement en particulier par des angio-spasmes localisés, des syndromes à peu près analogues à ceux que réalisent des lésions anatomiques et des altérations inflammatoires indiscutables... car la distinction « entre phénomènes fonctionnels et phénomènes organiques striés n'existe ni en essence, ni dans l'expression symptomatique, ni dans la localisation nerveuse, mais uniquement dans la nature de l'atteinte cérébrale, dans sa durée et dans le mécanisme pathogénique qui la détermine ». Il est difficile d'être plus affirmatif, et nous verrons plus loin

que BABINSKI ne devait pas faire attendre longtemps sa réponse. A la même époque, Ludo Van BOGAERT expose complaisamment de semblables hypothèses à l'occasion d'une publication sur les tumeurs du quatrième ventricule, et notamment d'un cas où il signale des crises de torsion autour de l'axe, des combinaisons d'attaques toniques, de torsions, de crises opisthotoniques, avec des crises d'hyper-émotivité qui avaient pu faire porter à des neurologistes avertis le diagnostic d'hystérie. « Il est probable, prophétise l'auteur, que dans quelques années, la crise hystérique aura fait sa preuve organique, qu'elle sera différenciée du pithiatisme, et qu'elle ne représentera plus pour le neurologiste qu'une modalité d'irritation mésocéphalique ayant la même valeur localisatrice qu'une crise jacksonienne ». Deux ans plus tard, la discussion s'ouvre à nouveau à la Société de Neurologie de Paris, le 5 juin 1930, sur la publication de RADOVICI : l'hystérie et les états hystéroïdes organiques, véritable manifeste qui est le résumé de sa doctrine, et que nous allons développer.

\*  
\*\*

Les manifestations post-encéphalitiques fournissent trois groupes de faits : 1° *les troubles de la motilité* (hyperkynésie et akynésie) *ayant souvent la morphologie des troubles fonctionnels considérés comme psychogènes* ; 2° *un état mental avec suggestivité exagérée* des troubles mentaux sous forme de troubles du caractère, une certaine perversité, une impulsivité particulière, le tout analogue à l'état mental des hys-

tériques ; 3° *des troubles végétatifs et des manifestations viscérales identiques à celles que l'on trouve dans les manifestations pithiatiques*. Ces caractères ayant été particulièrement étudiés par l'auteur à propos des crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux, les spasmes oculogyres.

1° TROUBLES DE LA MOTIVITÉ AYANT LA MORPHOLOGIE DES TROUBLES FONCTIONNELS CONSIDÉRÉS COMME PSYCHOGÈNES. — Sur ce point, nous ne reviendrons pas. Tous les auteurs, quelle que soit leur position, ont insisté sur ces similitudes, et nous-même avons montré plus haut l'aspect souvent paradoxal des troubles neuromusculaires au cours des phénomènes post-encéphalitiques, tels que formes atypiques de chorée, de choréo-athétose, le spasme de torsion, le hoquet, le torticolis... aspects susceptibles de faire prendre au premier abord ces malades pour des névropathes fonctionnels.

2° UN ÉTAT MENTAL AVEC SUGGESTIVITÉ EXAGÉRÉE ANALOGUE A L'ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES. — C'est cet état particulier qui explique : la possibilité de provoquer un accès de déviation par suggestion à l'état de veille — le début des accès chez ces malades, tous parkinsoniens post-encéphalitiques, a demandé chez quelques-uns, pour se produire, un élément psychique surajouté tel qu'une forte émotion, une grande fatigue intellectuelle ou physique, voire même une contagion mentale (RADOVICI ayant observé une série de 3 malades qui ont acquis dans le service le même syndrome oculogyre par imitation pure). Chez pres-

que tous ces malades, la persuasion seule, ou associée au courant faradique, réussissait à couper l'accès et c'est après ces constatations que l'auteur crut pouvoir écrire : « Nous pourrions donc dire que les accès d'hypertonie se comportent comme des accidents pithiatiques suivant la définition de BABINSKI, c'est-à-dire qu'ils sont produits par suggestion et guérissent par persuasion. »

3° DES TROUBLES VÉGÉTATIFS ET DES MANIFESTATIONS VISCÉRALES IDENTIQUES A CELLES QUE L'ON TROUVE DANS LES MANIFESTATIONS PITHIATIQUES. — L'organicité des accès de déviation conjuguée de la tête et des yeux est prouvée par un certain nombre d'épreuves ; les modifications des réflexes végétatifs, et des réflexes vestibulaires qui accompagnent les crises ; les troubles sécrétoires et vaso-moteurs, les variations du rythme respiratoire et du rythme cardiaque — enfin l'action des substances pharmaco-dynamiques sur l'évolution des accès, serait particulièrement démonstrative en ce que l'atropine, l'hyoscine et la scopolamine coupent l'accès, tandis que la pilocarpine et l'ésérine exagèrent, prolongent ou déterminent même l'apparition des accès — l'expérience de l'hyperpnée, c'est-à-dire l'alcalose respiratoire pouvait déclencher une crise chez ces malades. Tous ces faits qui signaient l'organicité des spasmes oculogyres, semblaient les écarter sûrement des phénomènes pithiatiques ; pour s'en assurer, RADOVICI a cherché sur des hystériques notoires, si l'on ne pouvait pas faire des constatations semblables. Il s'est « attaché à étu-

dier par les méthodes actuelles cliniques et de laboratoire: l'inscription par la méthode graphique des troubles moteurs, la délimitation du tonus et de l'excitabilité du système nerveux végétatif des malades présentant des troubles dont le diagnostic d'hystérie était évident ». Ces recherches furent pratiquées sur des malades de tous les types décrits autrefois dans l'hystérie traditionnelle. Ces recherches portèrent sur l'état du système nerveux végétatif, sur l'excitabilité et le tonus vago-sympathiques, sur la détermination de l'état humoral en ce qui concerne l'équilibre acido-basique par l'expérience de l'hyperpnée. Ayant ainsi déterminé plus de cent épreuves de l'atropine et de l'orthostatisme de DANIELOPOLU et CARNIOL, l'auteur trouve un déséquilibre végétatif dans 84 % des cas ; l'excitabilité du pneumogastrique, et parallèlement l'alcalose, étaient exagérées chez presque tous ces malades. Donc certains symptômes organiques se retrouveraient parallèlement dans les états post-encéphalitiques et dans les états hystériques purs.

Ces trois ordres de faits furent étudiés non seulement pour les crises oculogyres, mais aussi à l'occasion d'autres troubles post-encéphalitiques, et chez tous, les conclusions furent identiques. En possession de tous ces éléments, nous arrivons tout naturellement à la conclusion, semble-t-il logique, de RADOVICI : puisque les manifestations post-encéphalitiques et les troubles pithiatiques sont similaires, ils doivent tous deux relever de causes identiques. Dans un cas, comme dans l'autre, c'est l'atteinte du striatum qui crée

l'état de suggestibilité exagérée des sujets et provoque l'apparition de syndromes psycho-moteurs analogues — seule diffère l'intensité des lésions : dans un cas, atteinte profonde et durable, dans l'autre, atteinte superficielle ou dysfonctionnement passager des centres mésocéphaliques, et pour ne pas risquer de trahir la pensée de l'auteur, nous ne pouvons mieux faire que citer textuellement ses conclusions : « Nos connaissances actuelles sur la physiologie normale et pathologique des formations grises de la base nous donnent la possibilité d'entrevoir une base physiologique d'explication aussi pour les troubles dénommés hystériques, au point de vue de leurs manifestations extérieures et de leur déterminisme — la suggestibilité exagérée de ces malades pourrait trouver une explication dans le fonctionnement automatique des noyaux gris désintégrés passagèrement du contrôle cortical par une toxine de cause endo ou exogène, favorisée chez certains sujets par une fragilité congénitale, ou acquise du système de fibres cortico-nucléaires. Quelle que soit la cause qui agisse sur les fibres cortico-sous-corticales, on peut dire qu'une altération passagère et réversible, ou une lésion permanente peut créer un état mental hystéroïde. » Pour mieux se faire comprendre encore, l'auteur termine sa publication en disant : « Nous avons la conviction que dès maintenant il ne serait pas trop osé de dire que les états hystéroïdes organiques sont, pour l'hystérie ce que l'épilepsie organique jacksonienne est pour l'épilepsie idiopathique... »

PAPASTRATIGAKIS avait, en effet, raison ; « nous voilà avec nos hystériques, bien loin de M. BABINSKI... » Cependant, il nous reste à voir ce qu'il faut penser de ces théories, et si les faits sur lesquels elles sont basées ont une réalité clinique indiscutable.

---



## Que penser de ces prétendus états hystéroïdes ?

---

En somme, tout en protestant de leur fidélité à la conception du pithiatisme, les promoteurs des idées nouvelles aboutissent tous à des conclusions tendant à rien moins qu'à considérer l'œuvre de BABINSKI comme nulle et non avenue. En effet, d'une part, certains auteurs trouvent des caractères hystériques à certaines manifestations qui, pourtant, sont de nature nettement organique ; d'autres, au contraire, trouvent des caractères nettement organiques à des syndromes qui, d'après eux, sont nettement fonctionnels. Ils reposent ainsi le problème au point où il fut discuté il y a 30 ans au cours de la séance mémorable du 7 novembre 1900. Et à côté d'eux, CHARCOT ne ferait-il pas figure de moderne, lui, qui le premier, insistait sur les associations hystéro-organiques. Mais 30 ans ont passé et à ces hypothèses on peut opposer l'argument indiscutable des faits qu'une expérience déjà longue a permis d'accumuler.



La défense du pithiatisme fut présentée à plusieurs reprises, notamment après la communication de TRINEL, BARUK, LAMACHE, en 1928, et à la suite de celle

de RADOVICI, en juin 1930. On se rappelle la présentation de TINEL et les réponses auxquelles elle donna lieu de la part de SOUQUES, LAUBRY et surtout BABINSKI. Nous allons résumer brièvement l'objet de cette séance et l'article que publia dans la suite M. BABINSKI, ce sera la meilleure illustration et la meilleure défense de nos convictions. Dans la communication sur laquelle nous revenons, qui avait pour titre : « Crise de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée », il s'agissait d'une jeune fille présentant depuis plusieurs années des crises de catalepsie. Au cours de ces crises, la malade tombe tout le corps enraidie, immobilisé par la contracture de toutes les masses musculaires, la tête en hyperextension, tournée vers la droite, les yeux révoltés en haut et à droite. L'étude de ce cas permit à M. TINEL de mettre en évidence des symptômes manifestes d'hystérie : dès l'enfance, la malade eut des réactions nerveuses et psychologiques anormales : suggestibilité, émotivité, cyclothymie, tendance au mensonge, au vol, à la mythomanie — pendant les crises, bien que la connaissance semble disparue, les excitations douloureuses provoquent une légère accélération du pouls. De plus, encore que la malade prétende ne pas se rappeler de ses accès, un jour elle s'indigne parce qu'on avait discuté pendant la crise le diagnostic de démence précoce — certains accès de rigidité s'accompagnent de mouvements convulsifs à caractères hystériques, avec cris, sauts de carpe. On a également l'impression que les crises étaient plus fréquentes aux périodes où on surveillait la malade, et enfin, qu'elles avortent souvent par un

torpillage énergétique malgré la résistance et la mauvaise volonté que paraît opposer le sujet à ces tentatives de contro-suggestion. Mais, à côté de ces symptômes qui plaident en faveur du pithiatisme, il en est d'autres de caractère nettement organique: émission d'urine, et morsure de la langue, ralentissement remarquable de la respiration et des pulsations cardiaques — image indiscutable de spasmes rétinien, élévation de température à 38° — une lymphocytose rachidienne de 7 éléments par millimètre cube, et surtout ce fait que malgré son action momentanée le torpillage ne put prévenir le retour des accidents, pas plus d'ailleurs que l'isolement. A la suite de ces constatations, M. TINEL remarque que « ces crises, pour artificielles qu'elles paraissent, présentent des facteurs qui dépassent sûrement les possibilités de la simulation ». De la façon dont il présentait ce cas, il semblait que l'auteur dût conclure à une association hystéro-organique ; non pas ; il préfère admettre que malgré que ces crises toniques s'apparentent aux phénomènes de rigidité décérébrée, il s'agit bien là d'hystérie, et que « chez les hystériques, à la perturbation des réactions psychiques, s'associent presque toujours le déséquilibre et la perturbation des réactions physiologiques ». A ceci, il eut été facile de répondre avec M. SOUQUES que « dans le cas de M. TINEL, il ne s'agit pas d'hystérie, il s'agit d'une association morbide d'états nosographiques différents ». La lymphocytose rachidienne, les morsures de la langue, la température plaident suffisamment dans ce sens pour éviter une longue polémique et la discussion eût été ainsi close.

Mais, comme le dit ensuite M. TINEL, « notre cas était peut-être une association hystéro-organique, mais cela a peu d'importance... » C'est assez dire qu'il n'y avait là que l'occasion d'exposer les nouvelles théories. M. BABINSKI le vit bien, et c'est à la critique de ces théories qu'il va consacrer sa réponse dont voici résumée la substance : « Je sais fort bien que les troubles hystériques peuvent être associés à des troubles physiques organiques, mais cela ne veut pas dire que ceux-ci tiennent ceux-là sous leur dépendance... Je reconnais que les faits de kinésie paradoxale éveillent par certains côtés l'idée de phénomènes hystériques, mais on les en distingue cependant... Le pithiatisme pur rentrant absolument dans ma définition réalise un type, autrefois surtout, très connu; les stigmates : hémi-anesthésie, rétrécissement du champ visuel, qui ont complètement disparu, prouvent indubitablement qu'il y a des phénomènes considérés autrefois comme cardinaux, et qui répondent exactement à la définition que j'ai donnée — la grande attaque a du même coup disparu et les autres attaques sont devenues beaucoup plus rares. Si des réactions vaso-motrices étaient à leur base, on ne concevrait pas leur disparition. Il n'est guère vraisemblable non plus que si les émotions auxquelles je ne dénie pas toute action (contrairement à ce qu'on m'a fait dire) étaient le véritable promoteur de l'attaque, ces crises eussent ainsi disparu, car l'émotivité des humains n'a pas dû se modifier de façon appréciable ». Puis il répond implicitement à Henri MEIGE, que nous citons au début du précédent chapitre, et qui se refusait à

accorder à la suggestion et à l'imitation un rôle prépondérant dans la provocation et dans la morphologie des crises, prétendant qu'une loi de physiologie peut seule expliquer l'identité de ces réactions physiques, éternelles et universelles, « je puis d'autre part affirmer, écrit BABINSKI, que quiconque n'a pas vu une crise, ou lu une description est dans l'impossibilité de la reproduire en entier, et telle qu'elle se produisait autrefois. Donc, à son sujet, le rôle de la suggestion est capital, la représentation mentale domine tout ». Ce qui prouve surtout le rôle de la persuasion, c'est la raréfaction, et pourrait-on dire la disparition des crises : « Aujourd'hui que nous sommes avertis, l'hystérie a à peu près disparu de notre Clinique hospitalière pour se réduire à un substratum mental sur lequel l'avis de plus compétents que moi est encore très partagé ». Et il ajoute ceci, que nous retenons comme le point crucial de l'argumentation à opposer aux idées de RADOVICI : « J'ajoute que la guérison des troubles hystériques est souvent définitive ». Le sens de ces quelques lignes est très clair. Peu importe les hypothèses, les vues de l'esprit, les interprétations psychologiques, ce qui compte, ce sont les faits ; ils sont, ou ne sont pas, là est toute la question. Aussi bien M. TINEL ne put que s'incliner devant ces raisons, et il déclare : « Nous sommes convaincu que l'hystérie est une névrose qui n'a rien à voir avec l'organicité ». Le seul point qui, dit-il, le sépare de BABINSKI, c'est qu'il croit les crises réelles et sincères, indépendantes de la volonté des sujets. Mais, volontairement et à dessein, BABINSKI se refuse à discuter ce

côté du problème où ne trouvent place que les suppositions, les interprétations psychologiques. Points de vue stériles et sans intérêt pratique jusqu'à ce jour, sans conséquences thérapeutiques, surtout, et il termine ainsi la discussion : « M. TINEL est convaincu que l'hystérie n'a rien à voir avec l'organicité, que les accidents hystériques apparaissent souvent par suggestion, qu'ils disparaissent par persuasion, que les troubles hystériques sont curables, que les crises hystériques sont évitables ; ainsi donc, sur des questions capitales, devant surtout intéresser le médecin, M. TINEL n'est pas en désaccord avec nous ». Une fois de plus, le pithiatisme recevait une officielle consécration — mais l'erreur est plus tenace que la vérité, et 2 ans plus tard les mêmes questions seront discutées devant la Société de Neurologie dans la séance du 5 juin 1930, à la suite de la communication de RADOVICI « l'Hystérie et les états hystéroïdes ». Nous avons vu au précédent chapitre que la pensée de l'auteur n'y est nullement déguisée. Il n'y a plus place pour aucune équivoque. Cette fois, M. BABINSKI s'abstient de développer à nouveau sa pensée. Las, semble-t-il, de toujours revenir sur ces questions depuis longtemps jugées, il laisse à d'autres le soin de la défense, se contentant de mettre en garde les médecins contre le danger qu'il y aurait à perdre de vue sa définition. Cependant il note à nouveau ce fait important qui ressort de façon lumineuse de l'exposé de RADOVICI : « M. RADOVICI a pu couper les accidents post-encéphaliques survenant par crises, mais il ne les a pas guéris — couper n'est pas guérir ». SOUQUES, BABONNEIX

affirment leur croyance inébranlable dans la conception du pithiatisme, se refusant à accorder une origine organique à l'hystérie. Roussy déclare que parler d'états hystéroïdes « c'est jeter le trouble dans une question qui était considérablement éclaircie ». Rien, à son avis, ne permet d'imaginer que l'hystérie ait pour base une lésion organique, et que le siège de cette lésion commande les formes et les expressions cliniques. « Il faut, dit-il, être là d'une extrême prudence et ne rapprocher telle ou telle lésion de tel ou tel signe clinique qu'à la condition que ce rapprochement puisse être fait dans une proportion suffisamment grande pour faire force de loi ». Pour Clovis VINCENT, on ne peut affirmer que des phénomènes se ressemblant sont liés à la perturbation d'un même appareil qu'à la condition de trouver à ces phénomènes un caractère commun, par exemple la curabilité par persuasion. Et bien « l'accident pithiatique est guéri immédiatement et souvent pour toujours ». Quelqu'un a-t-il guéri définitivement lordose ou torticolis post-encéphalitique? Non, donc: « l'irréductibilité des phénomènes post-encéphalitiques s'oppose à la fragilité des phénomènes hystériques purs ». M. FROMENT prit également la parole à cette occasion; il demande s'il est légitime de rapprocher les troubles striés des manifestations hystériques. Il ne conteste pas d'apparentes similitudes, « mais, dit-il, dès que l'on se met en mesure d'y regarder de près, toute ressemblance s'évanouit, tout porte alors à opposer ce que d'abord on avait cru comparable »; il admet également une certaine suggestionnabilité compréhensible, à son avis,

chez « des êtres fatigués à demi-somnolents », expliquant ainsi la greffe d'accidents pithiatiques dominants. Mais ce sont là des symptômes rappelant les associations hystéro-organiques que dès le début de ses recherches faisait bien connaître BABINSKI. Il faut, suivant la conception de BABINSKI, rechercher dans les états striés les signes objectifs que ni la volonté, ni l'hystérie ne peuvent reproduire : par exemple la rigidité du type dystasique tel qu'on la peut trouver dans la plupart des états striés, et en particulier dans les spasmes oculaires. « Ces signes, dit M. FROMENT, caractérisent aussi bien les états striés que ne le font les signes des séries pyramidales ou cérébelleuses... Qu'on me les montre chez des hystériques qui joueraient le spasme oculaire... ? » Il résume enfin son opinion au sujet de la conception de RADOVICI : « Adopter le terme d'hystéroïde et l'appliquer aux troubles striés, c'est mettre une ressemblance où je ne vois que différences ».

\*  
\*\*

Après nous être en quelque sorte abrité derrière ces références, nous allons résumer, dans une courte synthèse, les critiques de fait opposées à la théorie des états hystéroïdes, puis nous montrerons le danger qu'entraînerait l'acceptation de ces théories.

Reprenons dans le détail les points essentiels de ce que nous appellerions volontiers le manifeste de Bucarest.

1° EXISTE-T-IL UNE EXACTE SIMILITUDE D'ASPECT ENTRE CERTAINS PHÉNOMÈNES STRIÉS ET LES ACCIDENTS HYSTÉRIQUES ? Cette similitude d'aspect jointe à l'allure ap-

paremment paradoxale semble être ce qu'il y a de plus solide dans l'argumentation de RADOVICI ; aussi bien, c'est cela même qui a troublé les premiers observateurs et a poussé certains d'entre eux à vouloir établir le caractère psychogène de plusieurs manifestations post-encéphalitiques, qu'il y ait eu là une source d'erreur, nous n'en disconvenons pas, et tout le monde est d'accord. Mais que cette erreur devienne justement la première pierre du nouvel édifice, c'est pour le moins curieux. Et d'abord, est-il possible de se plus ressembler, grossièrement s'entend, que ne le faisaient l'hémiplégie organique et l'hémiplégie hystérique ? Même impotence de la jambe et du bras, même déviation de la face ; troubles de la marche très voisins... Que penserait-on du neurologue qui viendrait affirmer sur la foi de ces ressemblances, que sans doute ce sont les mêmes centres qui sont atteints — dans un cas, lésion importante : hémorragie ou ramollissement, dans l'autre, atteinte minime, non décelable même par les moyens et les colorations actuelles!... Ce danseur et ce choréique ont aussi certaines ressemblances ; soumettra-t-on le premier à un traitement arsenical ? La conclusion par analogie, quand surtout cette analogie est loin d'être parfaite, est tout le contraire d'une méthode scientifique. Et d'ailleurs, il suffit de se rappeler les difficultés qu'offrait l'étude des maladies nerveuses à l'époque où l'on professait que l'hystérie peut imiter toutes les maladies qui arrivent au genre humain, et où l'on décrivait une hystérie des cordons postérieurs de la moelle produisant l'ataxie, — une hystérie des cordons latéraux

simulant la sclérose latérale, et même une hystérie des formes antérieures produisant l'amyotrophie. Pour assimiler dans leurs causes deux phénomènes morphologiquement voisins, il faudrait trouver à ces phénomènes un caractère objectif commun. Voyons ce que nous offre à cet égard M. RADOVICI. Deux ordres de faits lui paraissent particulièrement probants : mêmes effets de la suggestion et de la persuasion, mêmes troubles des fonctions végétatives, c'est ce qui forme l'objet des deux points suivants :

2° LES ÉTATS STRIÉS SONT-ILS CARACTÉRISÉS PAR UN ÉTAT MENTAL AVEC SUGGESTIBILITÉ EXAGÉRÉE ANALOGUE A L'ÉTAT MENTAL DES HYSTÉRIQUES ? — A ce sujet, les auteurs nous fournissent eux-mêmes les éléments de la défense. Lorsque nous avons étudié le rôle des influences psychogènes sur les accès de spasme oculaire, nous avons insisté sur ce fait que malgré leurs divergences de vue tous les auteurs, et ceux-là même qui accordent une grosse importance aux phénomènes psychiques, constatent que l'effet de la suggestion et de la persuasion est toujours momentané et qu'aucun procédé ne permet d'empêcher le retour des accidents — généralisant cette constatation à d'autres états striés, MARINESCO et DRAGANESCO font eux-mêmes la différence entre état organique et syndrome fonctionnel, en écrivant ceci : « Mais dans l'hystérie, ces manifestations morbides sont réversibles tandis que dans le parkinsonisme elles sont irréversibles ou incomplètement réversibles. » MARINESCO et RADOVICI étudiant encore les effets de la suggestion dans le parkinsonisme admettent « qu'on ne peut par-

Ier dans ces cas de la fixation des bons résultats obtenus parce que d'habitude les accès réapparaissent au bout de quelques jours ». Et pourtant ils ajoutent aussitôt comme un corollaire logique ce qui nous paraît plutôt paradoxal : « Nous pouvons donc dire que les accès d'hypertonie se comportent comme des accidents pithiatiques suivant la définition de BABINSKI, c'est-à-dire qu'ils sont produits par suggestion et guérissent par persuasion. » Alors, nous ne comprenons plus ! Le jour que BABINSKI énonça sa définition, il dut peser le sens des mots et il jugea même utile de développer longuement sa pensée — à plusieurs reprises, il insiste sur le sens qu'il donne au mot guérison, sens littéral qui implique la disparition définitive des accidents. Est-ce donc guérir que couper un accès qui se reproduira inévitablement le soir même ou le lendemain ? Que certains phénomènes striés soient accessibles aux influences psychiques, nous ne le disputons pas, et nous sommes déjà entendus à ce sujet. Tout le monde savait déjà que bien des syndromes organiques sont susceptibles de se modifier sous l'influence de l'émotion, sous son action, la contracture d'une hémiplegie s'exagère, le tremblement du parkinsonien apparaît, s'atténue ou s'amplifie, les mouvements choréiques augmentent de fréquence. Mais toujours la contro-suggestion n'a eu qu'une action temporaire, alors qu'elle est définitive dans l'hystérie, et nous pouvons conclure que *les effets palliatifs, inconstants, momentanés, et le plus souvent très fugaces de la psychothérapie dans les états striés ne sauraient faire rentrer ces états dans*

*la définition du pithiatisme. Loin même d'y voir une analogie entre ces deux affections, nous y voyons au contraire une différence essentielle.*

Ayant ainsi récusé et les apparentes ressemblances et le rôle de la suggestion dans l'assimilation des deux syndromes strié et hystérique, existe-t-il d'autres caractères communs suffisamment objectifs, suffisamment constants pour justifier cette assimilation ? Ces caractères, RADOVICI prétend les trouver dans l'analogie des troubles neuro-végétatifs que prouverait tout un ensemble de tests et d'épreuves à son avis particulièrement démonstratifs.

3° EXISTE-T-IL DANS L'HYSTÉRIE ET DANS LES ÉTATS STRIÉS DES TROUBLES ANALOGUES DE L'ÉQUILIBRE VÉGÉTATIF ET DES MANIFESTATIONS VISCÉRALES ? — Les épreuves destinées à mettre en évidence un déséquilibre neuro-végétatif sont très à l'ordre du jour. La pathologie du sympathique a acquis une place importante en clinique ; c'est justice. Le rôle de ce système apparaît de jour en jour plus considérable en physiologie humaine — mais appareil sans cesse en éveil, soumis à des variations incessantes, les tests destinés à surprendre ces variations sont soumis aux mêmes oscillations. Et sans dénier leur intérêt, nous récusons les réflexes végétatifs comme moyen d'assimilation des deux syndromes qui nous intéressent — car il resterait à prouver que chez l'individu normal, ces réflexes ne sont pas susceptibles de subir les mêmes modifications, et à ce sujet, notre conviction est bien près d'être faite. En tous cas, qu'il s'agisse du réflexe oculo-cardiaque, qu'il s'agisse de modifications du

pouls et de la respiration, des épreuves de DANIELOPOLU et CARNIOL à l'ésérine ou à l'adrénaline, qu'il s'agisse de modifications vaso-motrices et sécrétoires, ou encore des mesures de l'alcalose par l'épreuve de l'hyperpnée, nous considérons que toutes ces épreuves n'ont pas les attributs que nous demandons en neurologie aux signes objectifs, et parmi ces attributs, nous exigeons spécialement d'un symptôme que sa valeur significative soit suffisamment absolue, que son déterminisme soit nettement pathologique, qu'on ne puisse le mettre en évidence chez un sujet que l'on est bien obligé par ailleurs de considérer comme normal. Ce n'est pas le cas pour ces différents tests. Qu'ils aboutissent à classer les sujets en différentes classes d'hypertonie végétative : sympathicotonique, vagotonique et amphotonique, il n'en est pas moins vrai que ces appellations embrassent une part importante d'individus que, jusqu'à nouvel ordre, nous considérons comme « bien portants ».

Donc, de la conception des états hystéroïdes, nous ne retenons rien. Sinon qu'il y a peut-être à la base de la crise hystérique une sorte de libération d'automatisme provoquée par une insuffisance de la volonté momentanément et plus ou moins volontairement inhibée — mais, nous le répétons, il n'y a là rien de bien nouveau. Nous retenons également ce que tout le monde avait remarqué : un certain degré de suggestionnabilité chez les sujets post-encéphalitiques. Encore une fois, cette suggestionnabilité n'a rien qui puisse nous étonner ; elle est celle de tous les malades déprimés, de tous les malades chroniques sur-

tout, et le fait en général de tout sujet fatigué ou surmené comme le sont si souvent nos parkinsoniens. Que cet état favorise la greffe d'accidents eux, nettement pithiatiques, c'est possible et même probable ; il serait étonnant que l'encéphalite, maladie chronique, souvent compatible avec une certaine activité, n'offre pas de prise à l'exagération, à la superfétation — attitude logique d'ailleurs chez des sujets que l'entourage souvent suspecte, et auxquels on refuse parfois, sur leur apparence de santé assez satisfaisante, le droit au repos et à un traitement prolongé. Mais ceci est hors de notre débat. Il s'agit d'association hystéro-organique « strio-pithiatique », suivant l'expression de M. FROMENT, genre d'association que BABINSKI nous a bien appris à connaître, et dont la guerre et les accidents du travail nous ont déjà montré une abondante floraison.

Quant à l'hypothèse qui voudrait expliquer l'hystérie par un mécanisme physiologique, consistant dans la libération et l'automatisme des centres sous-corticaux dont l'activité ne serait plus contrôlée par l'action régulatrice de l'écorce cérébrale, on pourra avancer que si, à notre avis, rien ne permet de l'affirmer avec certitude, rien ne permet non plus de la rejeter. Oui, mais alors, ce n'est plus qu'une hypothèse comme tant d'autres, et qui n'est pas nouvelle dans l'histoire de l'hystérie. Notre conviction est que sur une vue de l'esprit on doit s'interdire d'échafauder une théorie ayant des conclusions d'ordre pratique. Que les psychiatres et les médecins épris de psychologie cherchent encore à trouver le substrat

tum mental de l'hystérie, à élucider le mécanisme psychologique des attitudes pithiatiques, rien de plus légitime, mais à la condition de rester sur un plan purement spéculatif, s'interdisant toute incursion sur le terrain clinique, pour ne pas risquer de mettre à nouveau le désordre et la confusion dans un domaine que BABINSKI a tant contribué à éclaircir. « De quel droit, disait déjà Paul JANET, dans une circonstance semblable, employer un langage qui laisse supposer qu'on s'est servi du scalpel et du microscope, et qu'on a résolu un problème colossal d'hystologie et de physiologie cérébrales. » D'ailleurs c'est au fruit qu'on juge l'arbre. Tant que l'on s'est attardé à échafauder des théories plus ou moins ingénieuses et séduisantes sur le substratum psychologique, voire même anatomique de l'hystérie, ce fut le chaos ; avec la conception du pithiatisme, au contraire, on connaît les résultats : au temps de SYDENHAM, 1/6 des maladies était imputable à l'hystérie, « la moitié donc du troisième tiers des maladies, c'est-à-dire la moitié des maladies chroniques ». La même proportion existe à une autre grande époque de l'hystérie, à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Par exemple SOUQUES, interne du Professeur CHAUFFARD à Broussais, relève en 1889 26 cas d'hystérie authentique sur 32 malades de sa salle. Aujourd'hui, ce syndrome a pour ainsi dire disparu de la Clinique hospitalière et, dit M. SOUQUES, « l'hystérie, même chez la femme, et sous la forme de petites attaques, est devenue si rare que les élèves se demandent actuellement ce que c'est que l'hystérie ».

Accepter les nouvelles théories entraînerait rapide-

ment le retour à l'ancien état de chose, et de nouveau, on verrait réapparaître l'hystérie de culture. Déjà, on peut relever dans les revues neurologiques, dès les premières publications concernant les états hystéroïdes, des observations qui rappellent les plus beaux jours de la Salpêtrière. En voici quelques exemples : Sous le nom de NICOLESCO FEDERICI, on trouve relatée une forme grave d'hystérie guérie par l'ovariotomie bilatérale. MARINESCO publie une hémiplégie hystérique accompagnée de troubles vaso-moteurs thermiques et d'ordre chronaxique, tous guéris par la psychothérapie. NOÏCA présente une hémiplégie pithiatique avec signes de Raimiste, de Néri et... de BABINSKI, guérie par psychothérapie. Le signe des orteils lui-même va-t-il être annexé à l'hystérie ?... Déjà, en 1920, ROUQUIER, du Val-de-Grâce, étudiant l'hyperalbuminose et l'hyperglycorrachie chez 15 malades atteints de troubles convulsifs ou moteurs d'origine pithiatique, dit avoir constaté de façon inconstante un certain degré d'hyperalbuminose (dans un cas 1 gr. 25, dans trois cas, entre 60 et 70 centigr.). L'hyperglycorrachie a été nette dans une dizaine de cas, c'est-à-dire que le taux du sucre fut trouvé entre 60 et 90 centigrammes. Nous voulons faire remarquer, au sujet de cette publication, que les observations manquent de détail, que plusieurs nous paraissent de ce fait discutables ; d'autre part, il semble actuellement admis (et nous avons nous-même pu nous en rendre compte dans le service des méningites de la Croix-Rousse, ainsi que dans le service de M. FRÖ-

MENT) que le chiffre du sucre dans le liquide céphalo-rachidien est sujet, chez le normal, à des variations importantes entre 60 centigr. et 1 gr., sans qu'on en puisse tirer de conclusion concernant un état organique. On pense également que l'on ne peut plus attribuer à l'hyperglycorrachie la valeur presque pathognomonique qu'on lui attribuait dans les premiers temps de l'encéphalite. BÉNARD et ROUQUIER relatent également un cas de pithiatisme à leur avis certain où l'urée du liquide céphalo-rachidien atteignit le chiffre de 80 centigr., le glucose celui de 72 centigr. Et de conclure sur ces deux constatations dont ils exagèrent l'importance (l'augmentation du taux du sucre et de l'urée ne pouvant pas, à notre avis, dans de si faibles proportions, être considérée comme signe organique témoignant de façon certaine d'un trouble physiologique), de conclure donc : « Si en présence d'un syndrome clinique pithiatique on constate des modifications humorales d'ordre chimique, cette constatation, loin de faire réformer le diagnostic, ne doit que l'étayer et le confirmer...! » Signalons de même que les auteurs épris d'organicité en matière d'hystérie citent à l'envi une publication de RAVAUT et LAIGNEL-LAVASTINE à l'appui de leur affirmation. Cette référence n'est pas justifiée, car nous avons examiné soigneusement ce travail et dans le diagnostic des 47 malades ayant présenté de l'hyperalbuminose, pas une fois l'auteur ne parle de pithiatisme.

Le premier résultat des nouvelles conceptions est donc un retour pur et simple à l'hystérie traditionnelle, et cela suffirait à condamner ces théories indé-

pendamment des critiques plus sérieuses que nous leur avons opposées. Elles comportent ainsi un danger réel. Certes on discutera longtemps encore du tempérament, de la constitution psychique de l'hystérique — on discutera longtemps encore du mécanisme pathogénique de ces accidents. Ces discussions nous paraissent même légitimes, intéressantes du point de vue psychologique. Mais nous sommes fermement convaincu qu'il est du devoir des médecins, quelle que soit leur opinion à cet égard, de rester fidèle sur le terrain clinique à la conception de BABINSKI qui, seule, jusqu'à ce jour, a été fertile dans le démembrement de l'hystérie traditionnelle. M. René BÉNARD a déclaré : « que le fossé n'est pas aussi profond qu'on le prétend généralement entre les manifestations pithiatiques les plus indiscutables et les troubles d'origine lésionnelle. » A cela nous croyons pouvoir répondre avec BABINSKI : « A mon avis, en ce qui concerne leur nature, ces deux ordres de troubles sont séparés non par un fossé, mais par un abîme. »



Nous terminons ici cette nouvelle page de l'histoire du pithiatisme pour nous replacer uniquement devant les états post-encéphalitiques. Les nouveaux états présentent-ils certaine ressemblance avec l'hystérie, raison de plus pour les en séparer suivant le vœu de BABINSKI : « Je demande qu'on procède de la même façon en présence d'un trouble encore non classé qu'on veut faire rentrer dans le cadre de l'hystérie. » Nouvelle occasion d'appliquer encore la mé-

thode dont nous avons montré les résultats ; ayant établi que les états striés ne pouvaient prendre place sous la définition désormais classique ; que les effets de la persuasion et de la suggestion dans ces états ne peuvent pas être comparés à ce que l'on voit dans le pithiatisme, il nous reste, dans un dernier chapitre, à négliger les ressemblances pour dépister, au contraire, les différences ; il nous reste à montrer que de ce qui était paradoxal plusieurs faits éclairés par la physiologie et la clinique, ne le sont déjà plus, appartenant au contraire à la pure logique ; à chercher enfin, si l'on possède pour les syndromes extra-pyramidaux un ensemble de signes objectifs inimitables, d'une valeur absolue aussi grande que celle des signes caractéristiques des états cérébelleux et pyramidaux.

---



## **Les états striés ont leurs signes objectifs et relèvent d'un déterminisme précis**

---

Pour être autorisé scientifiquement à dire que deux états se ressemblent, il faut avoir de l'un et de l'autre une connaissance approfondie. A des similitudes grossières tout apparentes peuvent correspondre des différences fondamentales, différences d'essence et de nature pourrait-on dire.

Assimiler les états striés à des états hystéroïdes, cela ne laisse-t-il pas entendre, qu'on le veuille ou non, que pas plus que dans l'hystérie, on ne trouve dans ces états de déterminisme précis, ni de signes objectifs à proprement parler. BABINSKI avait montré que, seuls ont un intérêt clinique, seuls peuvent être retenus les signes objectifs que la volonté est incapable de reproduire. En présence de ces syndromes nouveaux qui, par bien des côtés, peuvent surprendre, il ne s'agit pas de se borner à constater que des signes objectifs caractérisant des états dont l'organicité a été bien démontrée ne s'y trouvent pas. Il faut encore, de toute nécessité, s'assurer s'ils ne possèdent pas une autre objectivité particulière, et cette objec-

tivité, nous l'entendons non seulement au sens de la proposition de BABINSKI, mais encore en étendant cette proposition : un véritable signe objectif est un signe que l'on ne retrouve pas chez le normal, un signe que les variations de la subjectivité ne peuvent pas directement, ou indirectement provoquer — c'est ainsi par exemple que sans dénier ni son intérêt ni sa valeur, au réflexe oculo-cardiaque, nous ne retiendrons pas, quant à nous, ses modifications. C'est un symptôme trop variable de l'un à l'autre des sujets, que l'on doit par ailleurs cataloguer normaux, à moins de donner du sujet bien portant la définition qu'en donnait le Docteur KNOCK de Jules ROMAINS. Donc, ce qui caractérise un état organique, c'est la présence de signes objectifs, et aussi qu'on y surprenne la preuve d'un déterminisme précis.

Dans l'hystérie, rien de semblable, nous l'avons vu; par la force des choses, notre expérience sur ce terrain est assez modeste, la classique névrose s'étant évanouie comme par enchantement, bien rares les cas offerts à notre observation au cours de nos études; mais la longue pratique qu'a de ces choses notre Maître, M. FROMENT, va, une fois de plus, couvrir notre inexpérience. Lorsqu'on s'est longtemps attaqué à des accidents pithiatiques de tous ordres, spécifions-le bien, à des accidents purs de toute association organique, on s'est maintes fois rendu compte que ces accidents échappent à tout déterminisme, qu'ils sont la fantaisie même. Ils sont sous la dépendance directe de la pensée du malade et de sa volonté; aussi, pour les modifier, suffit-il de modifier la pensée même

qui en est la condition nécessaire et suffisante. Il est impossible, par exemple, de distinguer la contracture hystérique d'une simple contraction, et même, MM. BABINSKI et FROMENT l'ont vérifié chez un malade en état d'hypnose, dans l'un comme dans l'autre cas, il y a fatigabilité rapide et par suite, pourrait-on dire, politique économique ; si le pithiatique résiste énergiquement quand on cherche à modifier sa contraction, il se borne, sans plus, à maintenir l'attitude quand les efforts et l'attention de l'observateur s'en détournent — on peut dire qu'alors il « s'économise ». Si l'observateur est assez habile pour l'attaquer en déjouant sa vigilance, il ne trouve aucune résistance devant lui, c'est « l'attaque brusquée », véritable test auquel nous donnerions volontiers, avec M. FROMENT, l'appellation qui fait image de « signe de la panthère ». Il faut donc que le pithiatique ait toute son attention portée sur le syndrome qu'il met en scène sous peine à tout instant de se déjuger — son trouble ne tient que dans la mesure où il veille à son maintien ; l'accident se comporte bien en tout comme une demi-simulation. Pour s'en rendre compte, il suffit d'avoir vu pratiquer ce que dans l'école de BABINSKI on appelle l'attaque brusquée. Il faut avoir assisté à la « manœuvre » du malade, et avoir vu s'évanouir en 2 ou 3 heures une paraplégie spasmodique remontant à 2 ans, avoir vu dans le même temps un sujet qui déclarait ne rien voir, lire dans un journal les plus petits caractères. Et qu'on ne dise pas que de tels cas ne se réfèrent qu'à la pathologie de guerre, car les succès sont non moins éclatants en médecine de

ville. Si, comme nous l'avons déjà constaté, l'hystérie y est devenue plus rare, c'est qu'elle n'y est plus cultivée, qu'elle est aujourd'hui bien loin d'être considérée comme « intéressante ».

Ce préambule, qui pourrait nous faire accuser de redites inutiles, n'avait pour but que de rappeler d'une manière plus concrète notre conception de l'accident hystérique. Ceci étant dit, retournons-nous vers quelques-unes des énigmes que nous offrent les états striés, et voyons si l'on peut y trouver les traces d'un déterminisme précis à opposer à la fantaisie des attitudes pithiatiques.

I. — LES PARADOXES STRIÉS. — Voici d'abord un sujet atteint de dysbasia lordotica : alors que chaque pas dans la marche le cambre violemment en arrière au point de menacer son équilibre, il court sans difficulté et en attitude normale. Rien d'anormal encore quand il tire, pousse, monte quatre à quatre un escalier, ou porte un autre sujet sur son dos. Faut-il parler là de paradoxe ? oui, certes, à première vue, et cette idée s'imposa d'abord à tous ceux qui, pour la première fois, furent placés en face de tels malades. On se rappelle que les premiers cas furent étiquetés accidents hystériques. Mais, en fait, c'est tout autre chose :

*Les paradoxes de la dysbasia lordotica  
sont dans la logique statique.*

Au cours de plusieurs travaux consacrés à la dysbasia lordotica, notre Maître rejette d'abord le terme de spasme d'action attribué au dérèglement des atti-

tudes dans cette maladie. En effet, la course et le saut qui sont bien des actions, au sens propre du mot, sont exempts de spasme chez ces malades. Puis il s'attaque au paradoxe car, en effet, le problème n'est pas résolu en parlant de kinésie paradoxale, c'est transformer une inconnue en une autre inconnue. Pour essayer de mieux comprendre ces faits, M. FROMENT se reporte aux modifications physiologiques de la statique du tronc pendant la marche, autrefois étudiées par MAREY — et il constate alors que la démarche contorsionnée de la dysbasia n'est, en somme, que la caricature de la démarche normale. En effet, dans cette dernière, le tronc s'incline fortement en arrière au moment du pas antérieur, et cette inclinaison, cette torsion, ne se produit pas au cours des marches modifiées où le tronc est au contraire normalement incliné en avant. Dès lors, on comprend l'intégrité de **certains** modes de progression chez le lordotique : l'inclinaison du tronc en arrière, qui ne se produit pas chez le normal, qui tire, pousse, porte un fardeau, ou monte un escalier, ne se produit pas non plus chez le dystonique qui accomplit les mêmes actes. Et l'on voit ainsi que « ces prétendus paradoxes, s'ils ne sont pas dans la logique rationnelle, toujours trop simpliste, sont dans la logique statique ». N'y a-t-il pas là un remarquable conseil de prudence pour ceux qui, devant un symptôme d'abord déconcertant, sont immanquablement orientés du côté de l'hystérie ?

*C'est encore la logique statique qui régit  
les kynésies paradoxales du parkinsonien.*

La constance même et la stéréotypie de ces paradoxes devaient inciter à leur chercher une cause précise. C'est dans ce sens que JARKOWSKI a pu dire : « La kinésie paradoxale est comme une pierre de touche qui fait rejeter sans hésitation toute théorie de parkinson qui serait en désaccord avec elle. » Pour comprendre les paradoxes, il faut d'abord se pénétrer de ce fait que le parkinsonien est un dystasique présentant une perturbation du mécanisme qui, automatiquement chez l'homme, stabilise les attitudes et règle l'adaptation aux divers modes statiques. Nous avons déjà insisté plus haut sur les paradoxes du parkinsonien « ces transformations quasi miraculeuses » qui prennent parfois l'aspect d'un véritable coup de théâtre et ont souvent une apparence vraiment scénique. Nous rappelons brièvement les principaux de ces faits : intégrité de la course rapide, du saut, de la nage en eau tiède, de la course à bicyclette. Signalons à ce sujet l'explication de JARKOWSKI, sans doute ingénieuse, mais qui laisse entier le paradoxe. Pour cet auteur, la rigidité témoignerait d'un moindre fonctionnement du centre affectivo-moteur, et de la prédominance du centre freinateur, et cette rigidité disparaîtrait sous l'effet d'une excitation énergique. « Mais pourquoi cette rigidité, qui disparaît dans l'élan de la course, ne disparaîtrait-elle pas plus aisément encore dans le farniente du fauteuil colonial ? » (FROMENT).

M. FROMENT, lui, s'adresse encore ici à la physiolo-

gie normale : « Est-il surprenant qu'un parkinsonien ait plus de difficulté à se tenir debout et à marcher qu'à courir ? Pourquoi ne subirait-il pas la loi commune à tous les objets peu stables tels que bicyclette, aéroplane, dont la stabilité est proportionnée à la vitesse ? » Le parkinsonien est un déficient de la statique, un déséquilibré ; s'il court mieux qu'il ne marche, c'est qu'automatiquement il agit comme le sujet normal qui, faisant un faux pas, se met à courir pour rattraper son équilibre, et TROUSSEAU n'avait pas tort en disant que ces malades « couraient après leur centre de gravité ». Il suffisait, pour saisir le sens de ces apparentes discordances, de revoir le parkinsonien à la lumière de la physiologie de la statique humaine dans ses différentes modalités.

Cette étude permet encore de montrer que le parkinsonien est aux antipodes du cérébelleux — ce déséquilibré d'un autre genre — l'un est un perturbé de la cinétique, et l'autre de la statique ; la première chose que ne peut plus effectuer un cérébelleux, une sclérose en plaques, c'est de courir ; et c'est au contraire le seul mode de progression encore possible pour un parkinsonien avancé.

Ce n'est pas tout, il faut encore se rendre compte que le parkinsonien condamné à la rigidité de déséquilibre, se fatigue et se surmène ; de ce chef, il a mentalité et musculature de grand fatigué — semblable à cet alpiniste mal entraîné qui, arrivé au bout de son effort, rompu de fatigue, n'a pas plus le goût de manger que le désir d'admirer le paysage enfin dominé. Ce parkinsonien, constamment étendu dans

son lit, est pourtant semblable à ce coureur au soir d'un entraînement trop poussé ; chez l'un comme chez l'autre d'ailleurs, on retrouve les traces de ce surmenage musculaire dans une acidose urinaire que décèle le coefficient de MAILLARD toujours augmenté dans de notables proportions. De même, le métabolisme de base est élevé, la réserve alcaline abaissée.

Cette assimilation du parkinsonien au grand fatigué, est beaucoup plus susceptible d'apporter aux recherches du clinicien une orientation intéressante que les conceptions assimilant les états striés à des états hystéroïdes, de même les états oniriques observés, soit à la période aiguë, soit en cours d'évolution, s'éclairent à la lumière de ces constatations. C'est, en effet, inspirés de ces notions, que MM. FROMENT et MOURIQUAND ont eu l'idée de recourir à l'insuline dans un cas de cachexie parkinsonienne avancée qu'assez longtemps ils purent ainsi modifier dans des proportions surprenantes. Depuis lors, la même thérapeutique fut appliquée avec un remarquable succès par M. FROMENT à deux états oniriques tenaces post-encéphalitiques — l'un d'eux a été, grâce à ce traitement arraché à un état qui l'apparentait à un véritable état mental, et rendu à une vie normale des plus actives.

On le voit, tout s'enchaîne, et l'explication d'un prétendu paradoxe peut être riche de conséquences. Nous ne pouvons pas entrer dans tous les détails et nous nous bornons en quelques lignes à donner la conclusion de longues et patientes recherches qui se sont attachées à mieux faire comprendre plusieurs particularités physio-cliniques de l'état parkinsonien.

*Le test du poignet et ses variations obéissent à des lois précises qui donnent à la rigidité des états striés un cachet vraiment objectif.*

La rigidification du poignet dans les différentes attitudes susceptibles de la produire peut être retenue comme véritable signe objectif du parkinsonisme. Nous l'avons maintes fois utilisée sur les indications de notre Maître, dans le dépistage des état parkinsoniens débutants et encore douteux. Signe plus sensible que celui de la roue dentée qui en est, en quelque sorte, l'ancêtre, plus sensible même que le signe de SOUQUES (la perte des mouvements de balancement d'un bras) et précédant parfois son apparition. Cette rigidité du poignet, M. FROMENT l'a encore rendue plus sensible par une ensemble d'épreuves: *l'épreuve de ROMBERG classique*, où la souplesse de l'article est appréciée, le sujet étant debout, les yeux fermés, les pieds accolés par le rebord interne — *l'épreuve de ROMBERG allégée*, où le sujet s'étaye de temps en temps avec sa main saine, et où l'on constate « que tout ce qui (dans cette épreuve) allège la statique, atténue du même coup son retentissement sur la rigidité » — *l'épreuve de ROMBERG aggravée*, c'est l'épreuve classique que l'on combine avec des mouvements de la tête, des déplacements des pieds, l'occlusion et l'ouverture des yeux, *le signe du comptoir*, *un effort d'attention cérébrale*, en proposant, par exemple, un calcul au malade, ou en lui demandant de faire appel à sa mémoire. A l'aide de ces divers procédés, on constate « que tout ce qui aggrave l'épreuve de ROMBERG

et complique la statique, augmente du même coup son retentissement sur la rigidité parkinsonienne ». (FROMENT). Et ces modifications de la rigidité sont très particulières, différentes de ce que l'on observe chez un cérébelleux ou un pyramidal ; ne voit-on pas le poignet du parkinsonien s'assouplir plus ou moins quand il marche, et d'autant plus que la progression est plus rapide ; c'est le contraire du cérébelleux dont le poignet, souple dans la station les yeux fermés, se rigidifie dès qu'il marche — de même la contracture pyramidale telle qu'on l'observe dans l'hémiplégie, est complètement indifférente aux modifications de l'attitude statique.

Nous le répétons : l'étude de la rigidité grâce au test du poignet, imprime aux états post-encéphalitiques, un authentique cachet d'objectivité, et concourt encore à démontrer qu'à y regarder de près, les paradoxes les plus étonnants appartiennent à la plus pure logique statique, et l'on voit que la physiologie dérégulée des états striés s'apparente encore étroitement à la physiologie normale de la statique, se prêtant l'une et l'autre un mutuel appui pour éclairer leurs multiples complexités. L'homme n'a pas, quoiqu'on en ait pensé, d'attitudes bien équilibrées, « l'homme ne tient pas debout, il s'y maintient ». (FROMENT). Mais pour s'y maintenir, il faut qu'il soit en incessante correction d'équilibre, car il ne cesse d'osciller en tous sens. Ce n'est pas volontairement qu'il fait appel aux contractions musculaires nécessaires, mais involontairement — son équilibre est fonction d'une infinité de réflexes statiques mobilisés en temps voulu — il y a

autant de formules toniques que de variantes d'attitudes. Les réflexes statiques sont de deux ordres : les uns font appel aux bras : réflexes statiques a maxima — les autres, au contraire, les démobilisent, les laissent en liberté provisoire. Tant que l'équilibre d'un homme n'est pas menacé, ses bras gardent leur indépendance qu'ils perdent aussitôt que l'équilibre devient litigieux — est-ce là autre chose que la rigidité de déséquilibre que permet de constater le test du poignet ? La statique est-elle menacée, aussitôt le poignet perd sa souplesse normale ; il semble grippé, on a l'impression que le « frein reste mis ». Pour faire apparaître chez un homme normal cette rigidité, il suffit de le mettre debout sur les talons, les yeux fermés, ou encore, en station sur des patins à glace et, fait intéressant, la rigidité ainsi acquise comporte une roue dentée — *tout conduit à considérer que la rigidité de déséquilibre du normal n'est que l'équivalent physiologique de la rigidité parkinsonienne*. La différence qu'il y a encore une fois entre un parkinsonien et un normal, c'est que le parkinsonien est un involué de la statique, son mécanisme stabilisateur étant faussé, il voit d'office réquisitionner ses bras dans des attitudes qui ne le comportent pas : station debout, ou même station assise et couchée.

Il y a plus encore : à la lumière de ce parallélisme entre le normal et le strié, on comprend mieux les faits suivants qui, de prime abord, peuvent paraître inexplicables : *la rigidité parkinsonienne se déplace quand change la direction des yeux*, elle se déplace encore quand l'attention auditive du malade est por-

tée dans une autre direction, un changement de l'orientation spatiale de la pensée a le même effet, ainsi : que le malade pense à la porte de droite, ou à la fenêtre qui est à gauche, aussitôt sa rigidité se modifie — mais tout ceci n'est pas propre au parkinsonien, c'est encore le fait de toute rigidité de déséquilibre : l'équilibriste n'a garde de désorienter ses yeux ; son attention est tendue non pas sur ses moyens musculaires dont on pourrait dire, comme pour les mouvements du langage : « habitude plutôt que mémoire, elle joue notre expérience passée, mais ne nous en donne pas l'image » (P. VALÉRY), mais vers le but. Ce n'est pas pour un simple effet de bluff qu'au cirque on demande aux spectateurs le silence, et que l'orchestre cesse son jeu pendant un exercice particulièrement périlleux, tout détournement de l'attention risquant de provoquer la chute. C'est que la statique a une série de subtils informateurs qui adaptent l'effort musculaire inconscient aux besoins du moment. Singulière réflexivité, dira-t-on — est-elle plus singulière et plus subtile que celle de ces autres réflexes cérébraux, les réflexes conditionnels qu'étudia si bien PAWLOW ? — ne sait-on pas que la fistule salivaire sécrète, ou ne sécrète pas pour deux notes que différencie  $1/10$  de ton, écart que l'oreille humaine est incapable d'apprécier. C'est pour une raison du même ordre sans doute que s'explique *l'étrange signe de la pancarte* : plaçons le parkinsonien dans l'attitude d'un homme qui, de ses deux mains, cherche à parer un choc, ayant constaté que l'un des poignets est nettement rigide dans cette po-

sition plaçons au-devant de l'autre main, suspendue à l'un de ses doigts, une carte légère, une petite pancarte, ou un simple calendrier — aussitôt, il y a détente et fuite de la rigidité à l'autre poignet que l'on examinait. Que s'est-il donc passé ? Les mains étaient conjuguées dans cette attitude de défense, que l'une d'entre elles soit distraite de cet office par un acte différent, aussitôt l'attitude de l'autre main, qui n'avait de raison d'être que combinée à l'attitude de sa partenaire, cesse d'être logique, et aussitôt le poignet examiné reprend en partie sa souplesse. Cette explication est si vraie que si on lui donne à la main assouplie une attitude qui correspond à un geste de pare-choc, unimanuel, aussitôt la rigidité réapparaît.

Si nous avons décrit avec détail cette expérience délicate et difficile, c'est pour montrer l'incroyable subtilité de la réflexivité statique et, par suite, les non moins incroyables variations de la rigidité parkinsonienne.

On ne peut guère admettre qu'un malade aisément se retrouve dans une épreuve d'une telle complexité qu'un médecin non averti s'y retrouve à peine — et cependant M. FROMENT a maintes fois vérifié, chez des malades vierges de ces examens, la constance du phénomène.

*Ces modifications sont donc trop subtiles pour que la simulation, l'hystérie, ou ce qui revient pratiquement au même, la volonté, puissent les reproduire fidèlement.* Elles n'en relèvent pas moins d'un déterminisme complexe mais étroit. Il y a là une objectivité réelle d'une constatation plus délicate que l'ob-

jectivité du pyramidal, mais non moins certaine pour qui s'est longuement exercé à l'apprécier. Il ne faut pas oublier que, pour une part importante, les réflexes statiques relèvent d'une réflectivité cérébrale du type conditionnel singulièrement différente de ces réflexes élémentaires et grossiers que sont les réflexes tendineux et les réflexes de défense. Les recherches auxquelles nous venons de faire allusion, sans avoir prétendu élucider un problème d'une extrême difficulté, sont déjà suffisantes pour préparer l'avenir et montrer dans quel chemin doivent s'orienter les recherches avant d'établir des comparaisons prématurées. Nous ne prétendons pas non plus dans ce chapitre avoir débrouillé toutes les énigmes que posent les états striés. Il en est d'autres aussi complexes tels que les spasmes oculaires, et il est assez difficile de se rendre compte à l'heure actuelle du mécanisme qui les produit. On peut simplement dire que déjà on a noté les modifications objectives de l'appareil vestibulaire qui accompagnent ces crises. On sait déjà que les déviations oculaires subissent des modifications en rapport avec l'orientation du corps, avec les attitudes — que certains symptômes qui les accompagnent obéissent à un déterminisme certain, assez rigoureux pour qu'on le retrouve d'un cas à l'autre, assez subtil pour que les intéressés ne puissent s'en aviser. C'est ainsi que la rigidité du parkinsonien subit, dans ces conditions, certaines variations bien caractérisées. *Les manifestations respiratoires de l'encéphalite* et, en particulier, le *hoquet épidémique*, présentent également des différences objectives es-

sentielles, avec des syndromes fonctionnels pouvant leur ressembler ; CLOVIS VINCENT a montré que dans le hoquet encéphalitique il existe un spasme unilatéral du diaphragme, en même temps qu'une contraction synergique des muscles abdominaux normalement antagonistes du diaphragme au point de vue de la respiration.

Enfin, nous ne nous sommes pas étendu sur les *réflexes de posture*. Leur valeur objective est trop connue pour nécessiter de longs développements — décrits par FOIX et THÉVENARD — qui les trouvent particulièrement exagérés et faciles à mettre en évidence chez le parkinsonien au niveau du jambier antérieur. — Ces réflexes de posture s'apparentent étroitement, du moins en tant que valeur séméiologique, à ce que BABINSKI et JARKOSWKI avaient antérieurement décrit au niveau du deltoïde et du biceps sous le nom de *phénomène des antagonistes* et qui constitue également un signe véritablement objectif du parkinsonisme.

\*  
\*\*

A ce panorama de l'objectivité dans les manifestations striées, nous voulons encore ajouter une touche — il s'agit d'un point que nous avons particulièrement à cœur et sur lequel nous nous sommes déjà, à plusieurs reprises, expliqué au cours de cette étude : nous voulons parler de la *répercussivité émotive sur les phénomènes post-encéphalitiques*. Cet argument même que nous opposaient les partisans des états hystéroïdes, nous voulons une fois de plus le faire

servir au contraire à la défense de nos propres convictions. Alors que nous nous insurgeons contre l'assimilation des états striés à des états hystéroïdes, il n'est nullement question de nier la répercussivité émotive. Mais nous y trouvons à côté de ressemblances lointaines, des caractères très différents de ceux qu'on nous oppose.

Cette répercussivité existe manifestement chez le parkinsonien, plus raide quand il s'inquiète, se tourmente ou s'attriste sous le coup de quelque douleur — elle est plus nette encore chez le wilsonien et dans l'athétose double ; de véritables spasmes sont, dans ces cas, déclenchés par une émotion même légère, bloquant en quelque sorte la parole de certains malades, incapables en dehors du rêve de proférer un son. Donc, encore une fois, cette répercussion n'est pas en question. *Mais, bien loin, à notre avis d'assimiler le strié au pithiatique, elle les oppose* : la violente émotion a tôt fait de balayer l'accident pithiatique — cette attitude de luxe ne tient pas devant une émotion véritable. En deux mots, l'émotion sincère qui accentue les manifestations striées évince les manifestations pithiatiques ; nous disons à dessein : certaines manifestations striées, car il y a des différences à ce point de vue d'un strié à l'autre — le wilsonien n'est pas à ce sujet l'équivalent du parkinsonien — tout se passe comme si chez le premier il y avait en sus de la perturbation de la réflectivité statique, perturbation de la réflectivité émotive.

Un dernier point montrera bien la différence qu'il y a entre l'hypertonie parkinsonienne et la contrac-

ture pithiatique : la volonté a, dans une certaine mesure, barre sur la rigidité parkinsonienne qui, plus ou moins, s'assouplit à volonté. Mais cet assouplissement est à très court terme, si peu que l'attention se détourne de cet effort volontaire d'assouplissement, aussitôt la rigidité réapparaît : il suffit pour cela de demander à ce malade son âge, ou de l'interroger sur la table de multiplication et à une souplesse momentanée fait suite la rigidité de l'interrogatoire. Ainsi cela est bien démontré : pour que le parkinsonien s'assouplisse, il faut qu'il y pense et qu'il ne cesse d'y penser. C'est tout le contraire du pithiatique contracturé, il faut, lui, qu'il pense à sa contracture pour la maintenir, — la plus légère inattention la fait évanouir — le rééducateur habile se sert aussi de l'interrogatoire car il sait bien que, loin de le surraider, comme le parkinsonien, il fait s'effondrer le mythe de sa contracture.

Donc, le caractère de la répercussivité psychique et même d'une certaine suggestibilité, vient encore renforcer le bilan de nos connaissances sur l'objectivité des états stériés.

\*  
\*\*

En résumé, nous nous trouvons donc, d'une part, en présence de manifestations hystériques-pithiatiques vraiment fantaisistes n'obéissant à aucune règle, et sans aucun substratum anatomique, ne faisant rien que ne fait, ou peut faire le normal, et, d'autre part, nous nous trouvons en présence d'un lot de faits complexes d'une séméiologie subtile, mais qui, par

places au moins, sur les points les mieux explorés, décèlent un déterminisme précis — bien mieux, ces faits, ces paradoxes, on commence à en comprendre les raisons, et pour quelques-uns déjà, à en préciser les règles. Il reste encore beaucoup à faire pour que tout soit clair et que l'on puisse surprendre dans les moindres détails le jeu des ressorts de l'organicité. Ce que l'on sait, et même si l'on veut, le peu que l'on sait, suffit à inciter à continuer patiemment une enquête qui commence à peine. Les signes objectifs de la série striée sont encore assez mal connus. On est très loin d'en savoir autant sur eux que sur les signes des séries pyramidale et cérébelleuse — mais, aux chercheurs patients, on peut faire entrevoir une bonne récolte de signes objectifs.

\*  
\*\*

Tout ce qui a été fait déjà dans ce domaine doit être considéré comme une conséquence des théories et de la méthode de BABINSKI. Imagine-t-on la tour de Babel que représenteraient les états striés survenant à l'époque de CHARCOT !

L'hystérie traditionnelle a été démembrée il y a quelque 30 ans, et ce fut le point de départ du merveilleux essor de la neurologie moderne. Personne n'a le droit de renoncer à cet immense bénéfice pour satisfaire à des théories auxquelles manque, jusqu'à plus ample informé, le contrôle sévère des faits — le pithiatisme en remplaçant l'hystérie nous a sauvés du chaos — il doit continuer son œuvre, ce qui a été fait pour les affections pyramidales, les torticolis dits

mentaux, les troubles physiopathiques, le parkinsonisme, la dysbasia lordotica et, en général, pour tous les troubles striés, se fera encore demain, si apparaît une maladie nouvelle. Il ne faudra pas oublier alors l'enseignement du passé, les lutttes soutenues et appliquer la même méthode, s'attacher à dépister le véritable signe objectif avec le même acharnement.

Une méthode ne peut être abandonnée que lorsqu'elle a failli à son but ; ce n'est certes pas ici le cas : la conception de BABINSKI reste entière — ce qu'elle étiquette pithiatisme, en peu d'instant, elle le guérit et elle permet de déceler l'organique sous le masque trompeur du fonctionnel.

---



## Conclusions

---

Des origines de la médecine à l'époque de CHARCOT, l'hystérie appartient plus au domaine de la légende et des superstitions populaires qu'à celui de l'observation scientifique.

L'Ecole de la Salpêtrière, avec CHARCOT, s'attache à l'étude systématique de l'hystérie, mais la délimite mal ; elle ne voit pas le rôle *capital* de la suggestion dans la genèse des accidents hystériques, et, loin d'atteindre son but, aboutit à la multiplication de l'« hystérie de culture ».

Par sa conception de l'hystérie-pithiatisme, BABINSKI donne à l'antique névrose des limites précises. Il montre qu'elle est loin de pouvoir « tout faire », et établit définitivement le rôle de la suggestion, ainsi que celui de la persuasion dans la genèse et la curabilité des accidents pithiatiques.

Les résultats en sont immédiatement tangibles, le diagnostic de l'accident hystérique proprement dit obéit à des règles précises et rapidement on le guérit. Du même coup, les manifestations de la névrose se font de plus en plus rares. Malgré des résultats aussi indiscutables, il reste dans la destinée de l'hystérie de se voir attribuer tout nouveau syndrome que faute d'une objectivité connue on ne sait où classer.

La guerre de 1914 parut tout remettre en question ; d'une part, en multipliant les cas d'hystérie devenus

du fait des circonstances, plus rebelles au traitement psychothérapique ; — d'autre part, en donnant naissance à des troubles nerveux que l'on dut nettement séparer des accidents hystériques : troubles nerveux d'ordre réflexe par irritation sympathique (syndrome BABINSKI-FROMENT).

L'apparition de l'encéphalite en 1918 entraîne une reprise des débats, mais l'organicité des états striés est tellement évidente que la discussion porte sur un plan apparemment nouveau. On revient sur l'organicité de l'hystérie. MARINESCO et RADOVICI, suivis dans leurs idées par quelques neurologistes, défendent la conception des états hystéroïdes. Ils croient trouver dans les syndromes post-encéphalitiques, et notamment dans les spasmes oculogyres, des analogies étroites avec les phénomènes pithiatiques : similitude d'aspect des manifestations cliniques — troubles identiques de l'appareil neuro-végétatif — action comparable de la suggestion et de la persuasion. S'appuyant sur ces prétendues analogies, ils attribuent à l'hystérie la même origine organique qu'aux séquelles encéphalitiques. Le siège des lésions serait, dans les deux cas, au niveau du striatum.

*Du point de vue purement clinique*, la conception d'états hystéroïdes n'est pas justifiée — aux similitudes morphologiques apparentes correspondent des différences essentielles — les réflexes neuro-végétatifs sont trop variables, même chez le normal, pour permettre d'assimiler deux états neurologiques différents et de les rattacher à l'atteinte des mêmes centres — les effets de la suggestion et de la persuasion,

loin d'assimiler les états striés aux états hystériques, les opposent, au contraire, formellement.

Cette conception comporte de plus un certain danger. Inévitablement elle entraînerait le retour aux anciennes erreurs qui, longtemps, paralysèrent l'évolution de la neurologie.

Il existe, en fait, dans les troubles moteurs post-encéphalitiques, à côté de ressemblances apparentes avec les états hystériques, des différences qui les opposent nettement. Des faits qui paraissent paradoxaux, plusieurs s'avèrent déjà de pure logique statique. L'étude de la rigidité de déséquilibre et de ses variations a permis de mettre en évidence des signes objectifs d'appréciation délicate, mais inimitables, qui témoignent d'un déterminisme précis.

Tout en reconnaissant l'intérêt d'ordre psychologique que peuvent présenter les nouvelles théories, nous sommes convaincus que sur le terrain clinique la conception du pithiatisme reste entière et irremplaçable ; ce qu'elle étiquette pithiatique en peu d'instants elle le guérit — elle conduit toujours à déceler l'organique sous le masque souvent trompeur du fonctionnel.

|              |                           |
|--------------|---------------------------|
| <i>Vu :</i>  | LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE, |
| LE DOYEN,    | PIC.                      |
| JEAN LEPINE. |                           |

*Vu et permis d'imprimer*

LYON, le 6 Juin 1934.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,  
JOSEPH GHEUSI.



## Bibliographie

---

- F. ALBERT. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale des troubles vaso-moteurs d'origine traumatique. *Thèse de Doctorat*, Liège, 1924 (cité par Froment, exposé des titres, 1927).
- BABINSKI. — Discussion à la Société de Neurologie du 9 avril 1908, consacrée à l'hystérie. *R. N.*, 1908, p. 375.
- Soc. de Neurol., 14 mai 1908, séance consacrée à l'hystérie. *R. N.*, 1908, p. 484.
- Suggestion et Hystérie. A propos de l'article de Bernheim (dans le *Bull. Médical*. 1907, n° 16). *Bull. Méd.*, 1907, 30 mars, n° 24, p. 273.
- BABINSKI et FROMENT. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe. 2<sup>e</sup> éd., *Bibliog. complète et récente*. Masson, 1918.
- BABINSKI. — Exposé des travaux scientifiques. Masson, Paris, 1913.
- Hystérie traditionnelle. Pithiatisme. *Semaine Médicale*, 1909, p. 3.
- Définition de l'hystérie. Séance consacrée à l'hystérie à la Soc. de Neurol. du 7 nov. 1901. *R. N.*, 1901, p. 1074.
- Ma conception de l'hystérie. Soc. de l'Internat des Hôp. de Paris, 28 juin 1906.
- De l'atrophie musculaire dans l'hystérie. *Arch. de Neurol.*, 1886, vol. XII, 2<sup>e</sup> semestre, p. 1.

- Eloge de Charcot. *Revue Neurologique*, 1925, t. 1, p. 746.
- Association de l'hystérie avec les maladies du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 11 nov. 1892.
- Les caractères des troubles moteurs (paralysies, contractures) dits fonctionnels et la conduite à tenir à leur égard. *R. N.*, 1916, t. 1, p. 521-524.
- BABINSKI et FROMENT. — Publication du Service de Neurologie militarisé de la Pitié. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 638.
- Contract. et paralysies d'ordre réflexe. Hystérie. Pithiatisme. Paralysies organiques. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 638.
- BABINSKI et CHARPENTIER. — Syndrome parkinsonien fruste post-encéphalitique. Troubles respiratoires. *R. N.*, 1922, t. 2, p. 1369.
- BABINSKI et FROMENT. — Des troubles vaso-moteurs et thermiques d'ordre réflexe. *R. N.*, 1916, t. 1, p. 410.
- BABINSKI. — Discussion à la suite de la communication de Radovici à la Réunion Neurologique du 5 juin 1930. *R. N.*, t. 1, p. 1171.
- Syndrome parkinsonien. Traitement. Soc. de Neurologie du 5 mai 1921. *R. N.*, 1921, p. 463.
- Hystérie et pithiatisme (à propos de la communication de Tinel, Baruk et Lamache, Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 16 nov. 1928). *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1928, t. 2, p. 1507.
- BABINSKI et FROMENT. — Abolition du réflexe cutané plantaire. Anesthésie associée à des troubles vaso-moteurs et à de l'hypothermie d'ordre réflexe. *R. N.*, 1916, t. 1, p. 918.
- Troubles nerveux d'ordre réflexe ou syndrome d'immobilisation. *R. N.*, 1916, t. 1, p. 914.

- L. BABONNEIX. — Les Chorées. Paris, Flammarion, 1924.
- BARRÉ. — Valeur des tests pharmacologiques et importance des troubles sympathiques dans l'hystérie. *R. N.*, 1926, t. 1, p. 1046.
- ALDO BERTOLANI. — Manifestations forcées accessuelles de la motilité oculaire associées à des troubles psychiques dans l'encéphalite épidémique chronique, cité in *Revue Neurologique*, 1926, t. 2, p. 511.
- R. BÉNARD. — Crises hystériques et pithiatisme. *Bull. et Mémoires Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 23 nov. 1928, t. 2, p. 1546.
- L. BÉRIEL. — Troubles respiratoires dans les états parkinsoniens liés à l'encéphalite épidémique. *Soc. de Neurologie*, 3 juin 1921. *R. N.*, 1921, p. 640.
- BÉRIEL et BOURRAT. — Spasmes oculaires dans le cours de l'encéphalite chronique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 17 fév. 1925. *Lyon Médical*, t. 2, p. 45.
- BERNHEIM. — Comment je comprends le mot hystérie. *Bull. Médical* du 2 mars 1907, t. 1, p. 177.
- BEVERLEY R. TUCKER. — Hystérie à symptômes organiques. *Rev. Neurolog.*, 1913, t. 1, p. 622.
- R. BING. — Hypercinésies organiques et psychogènes. Analysé par Thévenard. *R. N.*, avril 1928, t. 1, p. 627.
- R. BING et SCHWARTZ. — Crises oculogyres verticales du parkinsonisme post-encéphalitique. *Encéphale*, 1925, p. 150.
- M. BRIAND et A. ROUQUIER. — Mouvements choréiformes ou pseudoathétosiques intermédiaires entre l'encéphalite et les états pithiatiques vrais. *Prog. Méd.*, 1920, p. 274.
- BRISAUD. — Discussion à la Société de Neurologie du 9 avril 1908, p. 388.
- CALLIGARIS et SARTORELLI. — Syndromes hystériques, attaques végétatives et états hallucinatoires paranoïdes dans la mésencéphalite. Cit. in *R. N.*, 1928, t. 1, p. 454.

- CARILLON. — La dysbasia lordotica. *Th.* de Lyon, décembre 1925.
- CESBRON. — Histoire critique de l'hystérie. *Thèse* de Paris, 1909.
- CHARCOT. — Maladies du système nerveux, 1892, t. 1, p. 285.
- Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1887.
- CHARCOT et RICHER. — Les démoniaques dans l'Art, 1887.
- CHIRAY. — Hystérie de guerre. *R. N.*, 15 décembre 1916, t. 2, p. 780.
- H. CLAUDE. — Au sujet de l'évaluation des incapacités dans les attitudes vicieuses, sans rapport avec les lésions organiques appréciables. *Paris Méd.*, 7 octobre 1916, n° 41, p. 300-305.
- H. CLAUDE et PORAK. — Les troubles de la motilité de nature hystérique chez les blessés de guerre. Etude ergographique et interprétation de la symptomatologie dite hystérique. *Encéphale*, mai 1916, n° 9, p. 215-260.
- CROUZON et DUCAS. — Mouvements involontaires de la face et de la tête à allure de spasmes rythmiques survenant chez un malade atteint d'encéphalite léthargique. *R. N.*, mai 1928, t. 1, p. 709.
- DELBEKE et LUDO VAN BOGAERT. — Problème général des spasmes oculogyres. *Encéphale*, déc. 1928, n° 10, p. 879, et *R. N.*, 1929, t. 1, p. 711.
- DEM. PAULIAN. — Troubles oculaires paradoxaux. *Paris Méd.*, 14 nov. 1925, t. 2, p. 409.
- DELMAS-MARSALLET. — Variations des réflexes de posture élémentaire en fonction de l'attitude générale du parkinsonien. *R. N.*, 1927, t. 2, p. 658.
- DUTIL et LAUBRY. — Chapitre consacré à l'hystérie dans la 2<sup>e</sup> éd. du *Traité Charcot*, Bouchard et Brissaud.
- ESPENEL. — Diagnostic de l'hémiplégie hystérique. *Th.* de Lyon, 1910-1911.

ETTORE LEVY. — Exagération des réflexes ne pouvant être imputée qu'à l'hystérie. (Réponse aux critiques de M. Babinski). *R. N.*, 1910, t. 1, p. 96, et *Encéphale*, 10 mai 1909, n° 5, p. 473-486.

J. FERRAND. — Unité clinique et pathologique de tous les hystéro-traumatismes. *Paris Méd.*, 16 juin 1917, t. 1, p. 509.

FOIX et THÉVENARD. — Les réflexes de posture. *R. N.*, fév. 1923, t. 1, p. 463.

FROMENT. — Exposé des titres et travaux scientifiques, 1927.

— L'Homme debout, régulation de la statique, ses troubles. Leçon inaugurale du Cours de Pathologie interne. *Rev. de l'Université de Lyon*, mars 1928.

FROMENT et CARILLON. — Dysbasia lordotica et son mécanisme physiologique. XXIX<sup>e</sup> Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Langue française. Paris, 29 mai 1925.

— Qu'est-ce que la dysbasia lordotica dite spasme de torsion et son mécanisme physiologique? *Journal de Médecine de Lyon*, 1925, p. 339.

FROMENT et DELORE. — Le tremblement parkinsonien n'est pas un tremblement de repos. *R. N.*, 1926, t. 1, p. 46-51.

FROMENT et GARDERE. — La rigidité parkinsonienne, la kinésie paradoxale parkinsonienne, des paradoxes striés et des perturbations de la fonction de stabilisation. *R. N.*, 1926, t. 1, p. 53.

— Parkinsonisme fruste et perte des mouvements automatiques associés, sans rigidité apparente ; de la rigidité latente et des moyens de la rendre évidente. *R. N.*, 1926, t. 1, p. 658-664.

— Parkinsonisme et dystasie. *Journ. de Méd. de Lyon*, 2 déc. 1926, p. 603-612.

— Rigidité parkinsonienne et roue dentée, des attitudes qui les renforcent. *Lyon Médical*, t. 1, p. 687.

FROMENT et CHAIX. — La roue dentée appartient-elle en propre à la rigidité parkinsonienne ou est-elle le fait de toute rigidité de déséquilibre? *R. N.*, 1926, t. 2, p. 440.

— Tonus statique et sommeil. *R. N.*, 1927, t. 1, p. 874-877.

FROMENT et PAUFIQUE. — Rigidité parkinsonienne et ses variations d'intensité au cours de l'épreuve de Romberg simple ou modifiée. *R. N.*, 1927, t. 1, p. 1064-1068.

— La rigidité parkinsonienne n'est-elle pas le témoin de l'involution des réflexes statiques? *R. N.*, 1927, t. 2, p. 664.

FROMENT, PAUFIQUE et THIERS. — La rigidité se déplace quand changent la direction des yeux et le point qu'ils fixent. *R. N.*, 1928, t. 2, p. 912-913.

FROMENT et THIERS. — Les attitudes du bras que tend à maintenir la rigidité parkinsonienne sont celles qui commandent vigilance et logique statique. *R. N.* 1928, t. 2, p. 909-912.

FROMENT et DUBOULOZ. — Attitudes debout. Tonus de posture et réflexes statiques. *Journ de Méd. de Lyon*, 1929, p. 301.

— La rigidité et le signe de la pancarte, caractères conditionnels des réflexes statiques. *R. N.*, 1928, t. 2, p. 913.

— Rigidité parkinsonienne et rigidité de déséquilibre varient au bras dès que l'attention prend une direction nouvelle. *R. N.*, 1929, t. 1, p. 255.

FROMENT et Madame Vincent LOISON. — La rigidité parkinsonienne a-t-elle pour équivalent physiologique la rigidité de déséquilibre que provoque incidemment chez le normal toute statique litigieuse? *R. N.*, 1926, t. 1, p. 1206-1213.

FROMENT. — Onirisme post-encéphalitique séquellaire amélioré par l'insuline. *R. N.*, 1903, t. 1, p. 1162.

- Discussion à la suite de la communication de Radovici sur les états hystéroïdes. Réunion Neurologique du 5 juin 1930. *R. N.*, 1930, t. 1, p. 1169.
- FROMENT et LARRIVÉ. — Onirisme actif et encéphalite léthargique. *R. N.* 1927, t. 2, p. 877.
- FROMENT, BADINAND et DUVAL. — L'insuline atténuant les effets seconds du parkinsonisme tend à normaliser le taux parfois abaissé de la réserve alcaline. *R. N.*, 1930, t. 2, p. 382.
- FROMENT, BADINAND et CHAMBRON. — Les hypertonies pyramidales ou extra-pyramidales n'impriment-elles pas au métabolisme musculaire, au degré près, des variations de même sens que les contractions volontaires. *R. N.*, 1930, t. 1, p. 384.
- FROMENT et CORAJOD. — Epreuve statique et variations du métabolisme basal. *Journ. de Méd. de Lyon*, 1929, p. 377.
- FROMENT, CORAJOD et Mlle FEYEU. — La musculature du parkinsonien travaille au maintien de la statique même en décubitus dorsal, le métabolisme musculaire est vicié. *R. N.*, 1929, t. 1, p. 257.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Hystérie dans le Traité de Brouardel et Gilbert.
- A. GORDON. — Existence des troubles vaso-moteurs et trophiques dans l'hystérie. *R. N.*, 1910, t. 1, p. 648.
- GRASSET. — Article Hystérie dans le Dictionnaire Encyclopédique de Dechambre, 1899.
- Les névroses et psychonévroses de guerre ; conduite à tenir à leur égard. Rapport à la Soc. de Neurologie, 15 déc. 1916. *R. N.*, t. 1, p. 198.
- GUILLAIN et GIROT. — Origine post-encéphalitique d'un torticolis ayant les apparences du torticolis dit mental.
- HIGIER. — Encéphalite chronique avec kinésie paradoxale dans le domaine des nerfs bulbaires. *R. N.*, 1929, t. 2, p. 732.

- IORDANESCO. — Conceptions nouvelles sur l'hystérie. *Th. de Bucarest*, 1926, analysée dans *R. N.*, 1927, t. 1, p. 741.
- JARKOWSKI. — Kinésie paradoxale des parkinsoniens. Paris, Masson, 1925.
- JUDE et THABAUD (de Damas). — Syndrome strio-pallidal caractérisé par un tremblement unilatéral du type parkinsonien, accompagné de crises hyper-toniques généralisées, en imposant pour des crises hystériformes. *R. N.*, 2 mai 1929, t. 1, p. 811.
- E. KREBS. — Mouvements involontaires rythmés ; essais sur les caractères intrinsèques des secousses musculaires et des mouvements involontaires rythmés observés au cours de l'encéphalite épidémique. *Th. de Paris*, 1922.
- LANNOIS. — Nosographie des chorées. *Th. d'agrégation*, 1886.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Histoire et conceptions actuelles du sympathique. *Journal Médical Français*, 1924, p. 43.
- Le critère clinique en sympathologie. *Journal Médical Français*, 1924, p. 61.
- LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — Atropine intra-veineuse et orthostatisme. *R. N.*, 1926, t. 1, p. 1113.
- Jean LÉPINE. — Le terrain dans les encéphalites infectieuses. *Bull. de l'Académie de Méd.*, 16 nov. 1920, t. 2, n° 36, 3<sup>e</sup> série, p. 221.
- Hystérie, insuffisance rénale et rétention chlorurée. *Rev. de Méd.*, 1911, p. 744.
- J. LÉPINE et J. FROMENT. — Hystérie et insuffisance rénale. Soc. Méd. des Hôp. de Lyon, 27 juin 1911. *Lyon Médical*, t. 2, p. 969.
- J. LÉPINE et COLLET. — Hystérie à forme de paralysie générale. *Rev. de Méd.*, 1902, p. 1013.
- Gabriel LEVY. — Encéphalite épidémique. *Th. Paris*, 1922.

- LOGRE. — Chapitre de l'hystérie dans le t. 1 de la Psychiatrie du Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique appliquée de Sargent et Ribadeau-Dumas.
- P. LYON. — Le spasme de torsion. *Th. de Lyon*, 1924 (travail du service du Docteur Bériel).
- LWOFF, L. CORNIL et R. TARGOWLA. — Un cas de spasme de torsion ayant été pris au début pour une camp-tosmie. *Rev. Neur.*, 1922, t. 2, p. 1429.
- MALGALHAES LEMOS. — Troubles moteurs post-encéphaliques. *R. N.*, nov. 1924, t. 2, p. 425.
- Pierre MARIE. — Dix cas de mouvements involontaires d'apparition rapide pouvant se rattacher à l'encéphalite léthargique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 29 nov. 1918. *Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1918, p. 1081.
- Eloge de Charcot. *Presse Méd.*, 1925, p. 689.
- Pierre MARIE et Mlle G. LÉVY. — Plicature du cou et du tronc par encéphalite épidémique. *R. N.*, 1922, t. 1, p. 570.
- MARINESCO et NICOLESCO. — Hémiplégie hystérique avec troubles végétatifs. *R. N.*, 1928, t. 1, p. 792.
- MARINESCO, RADOVICI et DRAGANESCO. — Crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux au cours du parkinsonisme post-encéphalitique. *R. N.*, 1925, t. 1, p. 149.
- MARINESCO et DRAGANESCO. — Forme nouvelle de maladie familiale d'origine extra-pyramidale caractérisée par des crises paroxystiques d'hypertonie; ses rapports avec l'hystérie. *Rev. Neur.*, 1929, t. 1, p. 275.
- MARINESCO, DRAGANESCO et STOÏCESCO. — Sur une variété spéciale de paraplégie spasmodique familiale. *Encéphale*, 1925, p. 645.

MARINESCO, NICOLESCO, IORDANESCO. — Sur le mécanisme physiologique de certains troubles hystériques et leurs rapports avec les phénomènes d'origine extra-pyramidale. *Journal de Psychologie*, juin-juillet 1928, rapporté in *R. N.*, 1929, t. 1, p. 875.

MARINESCO et RADOVICI. — Des rapports de certains troubles de l'encéphalite épidémique avec les troubles hystériques. *Journal de Neur. et de Psychiatrie*, mai 1926, t. 26, n° 5, p. 259-268 et *R. N.*, 1927, t. 1, p. 580.

MARINESCO, NICOLESCO, IORDANESCO. — Mécanisme physiologique de certains troubles hystériques et leur rapport avec les phénomènes d'origine extra-pyramidale. *Journal de Psychologie*, juin-juillet, 1928, p. 546-576.

MARINESCO et RADOVICI. — Mécanisme physiologique des crises hystériformes et déviation conjuguée de la tête et des yeux au cours du parkinsonisme. *R. N.*, 4 fév. 1926, t. 1, p. 219.

Henri MEIGE. — L'hystérie de la pythie et les origines psycho-névropathiques de l'oracle de Delphes. *R. N.*, 1921, p. 859.

— Au sujet de l'hystérie et de la simulation. *Soc. de Neur.*, 29 juin 1916. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 105.

— L'hystérie dans l'Histoire et l'hystérie dans l'Art. *Presse Méd.*, 28 avril 1909, t. 1, n° 34, p. 337.

— Article hystérie, in *Nouvelle Pratique Médico-Chirurgicale*.

MINKOWSKI. — Etat actuel de la question des réflexes. Paris, Masson, 1927.

NICOLESCO FEDERICI. — Forme grave d'hystérie guérie par l'ovariotomie bilatérale. Cit. dans *R. N.*, 1922, t. 1, p. 609.

NOÏCA. — Physiologie pathologique de la motilité au cours du parkinsonisme. *Encéphale*, 1929, p. 354.

— Sur la nouvelle conception de l'hystérie. *R. N.*, 4 juillet 1929, t. 2, p. 109.

- Suffit-il de vouloir pour simuler une hémiplé-  
gie hystérique ? *Soc. de Neurologie*, 8 janv. 1931.
- PAPASTRATIGAKIS. — Hystérie et syndromes extra-pyra-  
midaux. *Encéphale*, fév. 1928, p. 116-127.
- PARHON et DEREVICI. — Mouvements de manège dans  
l'encéphalite léthargique. *R. N.*, 1927, t. 1, p. 157.
- JAMES PARKINSON. — Essai sur la paralysie tremblante  
(traduit et annoté par Souques et Alajouanine).
- PAWLOW. — Le travail des glandes digestives ; traduc-  
tion française. Paris, Masson, 1901.
- PIC et POROT. — Myotonie avec myoclonies (symptoma-  
tique d'une sclérose en plaques fruste). *Lyon Méd.*,  
16 juin 1907, t. 1, p. 1143.
- PIC et ESPENEL. — Réaction méningée tuberculeuse à al-  
lure hystérique. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 18  
janvier 1911.
- RADOVICI. — L'hystérie et les états hystéroïdes organi-  
ques. *R. N.*, 1930, t. 2, p. 1165.
- RAYMOND. — Considérations générales sur l'hystérie.  
*Bull. Méd.*, 1907 (Opinions de Sollier, Bernheim,  
Janet, Ziehen, concernant le mécanisme physio-  
logique et l'état mental des hystériques), t. 1, p.  
473, 497, 514, 545.
- Paul RICHER. — Des paralysies et contractures hystéri-  
ques, 1892.
- ROGER et REBOUL-LACHAUX. — Spasmes toniques oculolo-  
gyres des droits supérieurs et aphonie intermit-  
tente chez une parkinsonienne post-encéphaliti-  
que. *Revue N.*, 1925, t. 2, p. 665.
- A. ROUQUIER et R. DARRÉ. — Hystérie et syndromes ex-  
tra-pyramidaux. *Encéphale*, 1928, p. 756.
- H. SCHAEFFER. — Conceptions nouvelles sur l'hystérie.  
*Presse Médicale*, 20 fév. 1929, t. 1, p. 237.
- L. SCHNYDER. — Définition et nature de l'hystérie. *Pro-  
grès Médical*, 1927, t. 2, p. 721.

- SICARD et LITVAK. — Encéphalite épidémique myoclonique et chorée électrique de Dubini. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Bulletins et Mémoires*, 26 mars 1920, p. 448, rapporté in *R. N.*, 1921, p. 412.
- SICARD et PARAF. — Fou-rire syncopal et bâillements au cours de l'encéphalite épidémique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris. Bull. et Mémoires*, 18 fév. 1921, t. 1, p. 232.
- SOLLIER. — Les stigmates et les zones hystérogènes existent et sont même indispensables au diagnostic de l'hystérie. *Journal de Neurologie*, 1909.
- Le soi-disant démembrement de l'hystérie. *Journal de Neurologie*, 1909, p. 161-188.
- La « nouvelle hystérie ». *J. de Neurologie*, 1909, p. 44.
- SOUQUES. — Rapport à la Réunion Neurologique des 3 et 4 juin 1921, consacrée au parkinsonisme.
- Forme choréique de l'encéphalite dite léthargique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, du 30 avril 1920. *Bull. et Mémoires*, 1920, t. 44, p. 352.
- Réforme, incapacité, gratification dans la campotocormie. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 757.
- André THOMAS. — Les phénomènes de répercussivité. Masson, Paris, 1929.
- J. TINEL, H. BARUK et A. LAMACHE. — Crises de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 26 oct. 1928, paru au Compte-rendu de la Séance du 19 oct. 1928, t. 2, p. 1421.
- TRUELLE et PETIT. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. *R. N.*, 1922, t. 2, p. 1144.
- Vincenzo NERI. — Le vrai caractère de la démarche hystérique et sa paradoxalité. *R. N.*, 7 mai 1908, p. 278.
- Y a-t-il une démarche hystérique ? *R. N.*, 1908, p. 634.

- Ludo VAN BOGAERT et MARTIN. — Les tumeurs du 4<sup>e</sup> ventricule. *R. N.*, 2 sept. 1928, t. 2, p. 472.
- Clovis VINCENT et E. BERNARD. — Troubles respiratoires dans l'encéphalite épidémique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1922, t. 2, p. 1111 et 1181.
- Nature organique du hoquet encéphalitique. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 17 déc. 1920, p. 1537.
  - Discussion à la suite de la communication de Radovici à la Réunion Neurologique du 5 juin 1930, t. 1, p. 1170.
  - Amaurose sans lésion du fond de l'œil dans une maladie du système nerveux du type encéphalite épidémique. *R. N.*, 1926, t. 2, p. 350.
  - Notes sur le traitement de certains troubles fonctionnels. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 102.
  - La rééducation intensive des hystériques invétérés. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 21 juillet 1916, t. 2, p. 1198.
  - Le Centre Neurologique de la IX<sup>e</sup> région. *R. N.*, 1916.
- Clovis VINCENT. — A propos du pronostic et du traitement des troubles dits réflexes. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 537.
- Travail du Centre Neurologique de la IX<sup>e</sup> région. Le traitement intensif des hystériques. *R. N.*, 1916, t. 2, p. 670.
  - Au sujet de l'hystérie et de la simulation. *Soc. de Neurologie*, 29 juin 1916, *R. N.*, 1916, t. 2, p. 104.
- WIMMER. — Crises oculaires toniques (crises oculogyres) dans l'encéphalite épidémique. *R. N.*, 1927, t. 1, p. 579.
-



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                              |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| PREMIÈRE PARTIE. — <i>L'Hystérie dans le passé</i> ....                                      | 11  |
| L'hystérie. De ses origines à Charcot.....                                                   | 13  |
| L'hystérie traditionnelle. Charcot et l'Ecole de<br>la Salpêtrière. ....                     | 23  |
| La doctrine de Charcot.....                                                                  | 26  |
| Bernheim et l'Ecole de Nancy.....                                                            | 33  |
| Le pithiatisme. Babinski et l'Ecole de la Pitié.                                             | 37  |
| L'hystérie et la guerre.....                                                                 | 57  |
| DEUXIÈME PARTIE. — <i>L'hystérie en face des états<br/>striés post-encéphalitiques</i> ..... | 73  |
| Introduction. ....                                                                           | 75  |
| Ce qui, dans les syndromes striés, a pu évoquer<br>le souvenir de l'hystérie.....            | 79  |
| La conception des états hystéroïdes.....                                                     | 101 |
| Que penser de ces prétendus états hystéroïdes.                                               | 117 |
| Les états striés ont leurs signes objectifs et re-<br>lèvent d'un déterminisme précis.....   | 137 |
| CONCLUSIONS. ....                                                                            | 157 |
| BIBLIOGRAPHIE. ....                                                                          | 161 |



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU

o 42, QUAI GAILLETON ,

• • • • • LYON • • • • •





